FACULTÉ MIXTE
DE
MÉDECINE GÉNÉRALE ET COLONIALE ET DE PHARMACIE
DE MARSEILLE

N° 1

Contribution à l'étude du cancer du col restant

Travail de la Clinique Obstétricale et Gynécologique
de la Faculté de Médecine de Marseille
(Professeur Jean CHOSSON

THESE

présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine Générale et Coloniale et de Pharmacie de Marseille

Le 3 janvier 1955

par

Félix BOUCARON

né le 5 novembre 1927 à Saint-Laurent-du-Var (Alpes-Maritimes)

Ancien Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse	MM. CHOSSON, Président MOIROUD DOR SERMENT	Assesseurs

1955
IMPRIMERIE SCHNEIDER
16, Quai de Rive-Neuve
Marseille

Contribution à l'étude du cancer du col restant

(Travail de la Clinique Obsétricale et Gynécologique
de la Faculté de Médecine de Marseille)
(Professeur Jean CHOSSON)

FACULTÉ MIXTE
DE
MÉDECINE GÉNÉRALE ET COLONIALE ET DE PHARMACIE
DE MARSEILLE

N°

Contribution à l'étude du cancer du col restant

Travail de la Clinique Obstétricale et Gynécologique
de la Faculté de Médecine de Marseille
(Professeur Jean CHOSSON

THESE

présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine Générale et Coloniale et de Pharmacie de Marseille

Le 3 janvier 1954

par

Félix BOUCARON

né le 5 novembre 1927 à Saint-Laurent-du-Var (Alpes-Maritimes)

Ancien Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse : MM. CHOSSON, Président ; MOIROUD, DOR, SERMENT — Assesseurs

1955
IMPRIMERIE SCHNEIDER
16, Quai de Rive-Neuve
Marseille

PERSONNEL ENSEIGNANT
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE ET COLONIALE ET DE PHARMACIE DE MARSEILLE

Doyen : G. MORIN **Assesseur :** J. DELPHAUT

Doyen Honoraire : L. IMBERT

Professeurs Honoraires :

MM. AUBARET, AUDIBERT, BELTRAMI, BREMOND, GABRIEL, HECKENROTH, JOYEUX, OLMER, RIMATTEI, ROCHE, ROGER.

Chargé de Cours Honoraire : M. TIAN

Secrétaire Principal : J. COMTE **Bibliothécaire :** Mlle. PERRIN

Professeurs :

Anatomie	GRISOLI
Anatomie Pathologique	GASTAUT
Bactériolohie et Pathologie générale	BRAHIC
Botanique et Cryptogamie	PELLISSIER
Cardiologie clinique et expérimentale	JOUVE
Chimie médicale	DERRIEN
Chimie analytique et Hydrologie	ARNOUX
Chimie	DUMAZERT
Clinique Chirurgicale	FIOLLE
Clinique Chirurgicale	MOIROUD
Clinique Chirurgicale Infantile et Orthopédique	SALMON
Clinique chirurgicale thérapeutique et Chirurgie expérimentale	de VERNEJOUL
Clinique Dermato-Syphiligraphique	CHARPY
Clinique Exotique	BLANC
Clinique des Maladies du Système nerveux	POURSINES
Clinique Médicale	MATTEI
Clinique Médicale	POINSO
Clinique Médicale Thérapeutique	OLMER J.
Clinique des Maladies des Voies Digestives et de la Nutrition	N.
Clinique Médicale Infantile	GIRAUD
Clinique Neuro-Chirurgicale	PAILLAS
Clinique Obsétricale et Gynécologique	CHOSSON
Clinique Ophtalmologique	JAYLE
Clinique Urologique	CHAUVIN
Histologie	PICARD
Hygiène et Medecine Préventive	SAUTET
Matière Médicale	BALANSARD
Médecine Légale et Médecine du Travail	MOSINGER
Parasitologie	RANQUE
Pathologie Chirurgicale	CARCASSONNE
Pathogie Interne	AUDIER
Pharalmacologie	MERCIER
Pharmacie Chimique et Toxicologie	VIGNOLI
Pharmacie Galénique	DELPHAUT
Physiologie	MORIN
Physique Médicale	DUBOULOZ
Thérapeutique	PIERI
Professeur sans Chaire	ROUX

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

Maîtres de Conférences Agrégés :

MM. BOURRET
DONNET
GREBUS
MERCIER J.
MOURGUE
LISSITZKY

Agrégés en exercice :

MM. APPAIX
BERNARD
CREMIEUX
GRANJON
HENRY
LAMY
LAVAL
LENA
MARONNEAUD
MONGES H.
OLLIVIER
OURGAUD
PAOLI
RAYBAUD
SERMENT
VAGUE

Agrégés libres :

MM. BERTHIER
DOR
FIGARELLA
IMBERT
RECORDIER

Chargés des fonctions de Maîtres de Conférences :

Anatomie pathologique ..... M. PAYAN
Botanique et Cryptogamie ..... M. BERNARD P
Histologie ..... M. STAHL

Chargé des fonctions d'Agrégé :

Clinique Urologique ..... M. CHAUVIN F

A MA MERE ET A MON PERE,

qu'ils trouvent ici la récompense de leur sacrifice.

A MON FRERE ET SA FAMILLE.

A M^me^ MOUNIER, MA TANTE.

A MA FAMILLE.

AU DOCTEUR H. TOESCA.

A. JOUMOND Gilbert,

mon ami.

AU DOCTEUR G. QUINTANE ET A MADAME.

AUX DOCTEURS H. LIEUTAUD ET J.-N. CUCCHI,

mes amis.

A TOUS MES AMIS.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR CHOSSON,

Professeur de Clinique Obstétricale
et Gynécologique,

qui a bien voulu nous suggérer le sujet de cette Thèse et nous a fait le grand honneur d'en accepter la présidence. Nous le remercions de sa bienveillance et de tout ce qu'il nous a enseigné de médical et d'humain.

A MON JURY DE THESE :

Monsieur le Professeur MOIROUD,
Professeur de Clinique Chirurgicale,

Monsieur le Professeur agrégé DOR,

Monsieur le Professeur agrégé SERMENT,

En hommage respectueux.

AU DOCTEUR G. DE TURMENY,

Chef de Clinique près la Faculté,

qui, par ses conseils et ses encouragements fut, pour nous, un guide sûr dans l'élaboration de notre travail. Nous le prions de trouver ici, l'expression de notre reconnaissance pour la confiance et l'affectueuse bienveillance qu'il n'a jamais cessé de nous témoigner.

A MES MAITRES DES FACULTES

DE MARSEILLE ET DE LYON.

A MES MAITRES

DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

A MES CAMARADES

DU DETACHEMENT DE MARSEILLE

ET DE L'ECOLE DU SERVICE DE SANTE MILITAIRE.

A LA MEMOIRE DE MES CAMARADES

DE L'ECOLE DU SERVICE DE SANTE MILITAIRE,

MORTS AU CHAMP D'HONNEUR.

PLAN D'ÉTUDE

INTRODUCTION

— Les idées générales.
— L'historique et l'évolution actuelle.

LES OBSERVATIONS

COMPARAISON ENTRE NOS DOCUMENTS ET LES DONNEES CLASSIQUES

DEFINITION

a) Les chiffres classiques :
   — fréquence, âge ;
   — date d'apparition ;
   — la lésion primitive ;
   — le type anatomo-clinique.
b) Nos documents personnels.
c) Conclusion (de la comparaison).

LE PROBLEME PATHOGENIQUE

LE PROBLEME PROPHYLACTIQUE

1) Avant l'opération.
2) L'opération.
3) La surveillance des opérées.

LE TRAITEMENT CURATIF

1) Méthodes.
2) Indications thérapeutiques.
3) Les résultats.

CONCLUSIONS

INTRODUCTION

Le cancer du col restant n'est pas un sujet neuf ; du fait des travaux physiologiques et cliniques récents, il présente cependant un intérêt actuel.

Sur les conseils de notre maître le Professeur CHOSSON nous nous proposons de présenter les observations de la clinique obstétricale et gynécologique de la Faculté de Médecine de 1943 à 1954...

Précisons d'emblée que nous ne voulons pas reprendre la question dans son ensemble. Nous nous attacherons surtout à l'étude :

— **du problème pathogénique** : le col utérin que l'on peut considérer comme un récepteur voit sa défense profondément troublée par la castration ;

— **du problème diagnostique** : La connaissance du cancer au stade O et les travaux sur le traitement à ce stade permettent d'espérer sinon la disparition, tout au moins le dépistage précoce du cancer du col restant ;

— **Du problème prophylactique et thérapeutique** qui semble devoir être orienté vers l'hormonologie (problème de l'hystérectomie interannexielle avec conservation ovarienne).

Nous remercions le Professeur CHOSSON qui nous a permis d'effectuer des recherches dans les dossiers de la clinique obstétricale et gynécologique, qu'il soit certain de notre reconnaissance.

L'obligeance de M. le Professeur PAOLI nous a permis de suivre l'histoire de ces malades au C.A.C. de Marseille, nous l'en remercions bien vivement.

Nous avons pu rassembler ainsi 6 observations de cancer du Col restant. La première observation est due à l'obligeance de M. le Professeur CHOSSON. Les autres font partie intégrantes des statistiques de clinique obstétricale et gynécologique.

Historique

Depuis le travail de DOR (1932), de nombreuses observations ont été rapportées :

En particulier à Marseille le Professeur CHOSSON et CERATI (1932) publient deux cas de cancer du col restant à développement très tardif. BONNAL présente 3 communications, résultats de travaux du Centre anticancéreux de Marseille. Durant quatre ans, de 1933 à 1936, il relève 30 cas de néo du col restant. MOIROUD, en 1937, à la Société de Chirurgie de Marseille, rapporte un cas avec intervalle libre de sept ans.

De 1935 à 1936 SEJOURNET recueille 387 nouveaux cas. M^lle^ LABORDE (1935) 57 cas. PEARSE (1934) dans une intéressante étude statistique portant sur 900 cas d'hystérectomie sus vaginale trouve 8 cancérisations du moignon cervical. PINO-TAGLIAFERRO (Milan - 1936) : 26 cas. Dans un rapport au 6^e^ Congrès français de gynécologie (avril 1937) LEFEBURE et GOUZI estiment à plus de 800 cas le développement du cancer sur le moignon utérin.

Depuis 1937, citons : quatre cas de FERRARI ; six de MOCQUOT dans la thèse de PIERRE BANSE (1938). La thèse de PAGEOT (1938). COTTE et NOTTER préconisent l'hystérectomie totale en cas de doute. Ils citent 7 observations.

ENRICKSEN fait une étude statistique sur 6.550 moignons et retrouve 36 néos du col restant en 1943. LAMARQUE et BETOULIERES rapportent 9 cas. GRADET cite 21 observations.

En janvier 1944, dans le Bulletin du Cancer, PONTHUS et ROCHER apportent 41 nouveaux cas GRAWFOFRD. 1949 : 123 cas.

En 1950-51, les travaux se multiplient. On trouve 59 observations de DARGENT, 73 cas de LACKMANN, 28 observations de DONNELY. COSTOLOW mentionne 102 cancers du col restant, de 1940 à 1950. DEXTER-WITTE mentionnent 18 cancers ; 28 cas par HENDRICKS.

En 1952, NILSEN, sur 12 cancers du col restant, enregistre 7 survies de cinq ans et demi à onze ans après. M^lle^ BAUD rapporte 124 cas.

Dans le domaine du cancer du col, il importe de citer les travaux effectués sur le diagnostic précoce, en particulier les rapports de H. de WATTEVILLE, W. GEINDORF,

L. DANON (Genève) et de P. FUNCK BRENTANO, R. MORICARD, R. PALMER, J. DE BRUX (Paris) au XV[e] Congrès de la Fédération de Sociétés de gynécologie et d'obstétrique de la langue française, mai 1952.

Les observations

— Elles proviennent de la clinique obstétricale et gynécologique de 1943 à 1954.
— Nous joignons une observation personnelle du Professeur CHOSSON.

OBERVATION N° 1

Due à l'obligeance de M. le Professeur CHOSSON.
M^me^ X..., 56 ans.
Hystérectomie totale en 1933 pour fibrome.
Dix-sept ans plus tard, apparition de métrorragies irrégulières et intermittentes.
Antécédents obstétricaux.
Elle a présenté quatre grossesses (trois normales et un avortement.

EXAMEN GENERAL.

La malade est en bon état général.

LOCAL.

Il relève l'existence d'un gros moignon cervical, mobile. Au spéculum, on observe de petits bourgeons d'allure polypeuse dans la lumière du col. Un prélèvement est effectué grâce à la sonde de NOVAK, qui est enfoncée facilement en profondeur à plus de trois centimètres.

BIOPSIE.

Elle porte sur deux groupes de fragments :

1) Formations cylindriques à disposition papillaire avec atypies et mitoses en moyenne abondance et réaction leucocytaire assez marquée dans le stroma.

CONCLUSION : Epithélioma cylindrique orthoplasique utérin.

2) Formations cellulaires beaucoup plus compactes, également riches en atypies et mitoses à éléments ovalaires ou arondis ; stroma richement infiltré en polynucléaires.

CONCLUSION : Epitholioma malpighien basocellulaire avec surinfection.

TRAITEMENT.

a) **Curithérapie** :

Administration en 6 jours 1/2 : d'un tube intra-cervical de 49 mg. 57 de Radium Br 2 et deux tubes dans les culs-de-sac de 24 mg. environ. Utilisation d'un filtre de platine-or-caoutchouc. Le total d'application est de 65 millicuries détruits.

b) **Intervention :**

L'ablation du col est pratiquée un mois plus tard par voie abdominale.

Guérison : maintenue depuis plus de 3 ans.

Il est probable qu'on avait fait une hystérectomie supra-isthmique.

A retenir ici :

— fibrome

— énorme intervalle libre : 17 ans

— épithélioma cylindrique orthoplasique et épithélioma malpighien,baso-cellulaire avec surinfection.

— guérison maintenue depuis plus de 3 ans.

OBSERVATION N° 2

M^me^ B..., épouse W..., 56 ans, femme de ménage.

Hystérectomie subtotale en 1938 pour kyste de l'ovaire.

En 1948, elle présente une leucorrhée jaunâtre inodore.

Du 9 au 11 décembre 1948, elle signale des pertes sanglantes renfermant de nombreux caillots.

Le 11 décembre 1948, ces hémorragies cessent, mais la malade se plaint alors de douleurs abdominales et lombaires.

Antécédents obstétricaux.

Deux grossesses normales.

Deux avortements.

EXAMEN.

Au spéculum : col restant gros en forme de chou-fleur avec végétations.

Au T. V. : infiltration du paramètre gauche.

BIOPSIE :

« Le fragment examiné revêt l'aspect général d'un papillome aux boyaux à 3 assises cellulaires concentriques dont certains sont centrés sur un axe conjonctif. La transformation maligne du processus en cause paraît devoir être incriminée sur la disposition en certains points de l'ordination classique du papillome (avec disparition de l'axe conjonctif), sur la présence de mitoses nombreuses et de quelques monstruosités cellulaires nettes, sur l'intensité du processus.

Il se rapproche histologiquement d'un épithélioma baso-cellulaire. Réaction inflammatoire considérable au sein du stroma sousjacent.

Le 27 décembre 1948 : admise dans le service du Professeur PAOLI.

L'examen montre un col en bouchon de champagne avec début d'envahissement du paramètre gauche. Le moignon cervical est libre.

La biopsie révèle qu'on se trouve en présence d'un épithélioma baso-cellulaire.

TRAITEMENT.

Application de radium pendant 13 jours (du 29-12-48 au 16-1-49) avec interruption du 31-12-49 au 5-1-49 pour hémorragie et fièvre nécessitant l'administration de pénicilline à raison de 400.000 unités par jour).

Le total d'application a été de 57,6 M C D.

Le chou-fleur a presque complètement disparu ; le cul-de-sac gauche est libre tandis que le droit est un peu douloureux.

Le 14 février 1949 : instauration d'un traitement radiothérapique (1 portes d'entrée à 2.000 r. : durée totale d'application 5 h. 20). Cessation du traitement le 21 mars 1949.

DECEMBRE 1949 : La malade présente des pertes rouges : le vagin est souple, le col est petit et saigne au contact.

Le dome vaginal présente une pigmentation rouge. Légère douleur à la pression.

Le 13 janvier 1950 :

La malade subit une laparotomie sous ombilicale : la pénétration est rendue difficile par de nombreuses adhérences intestinales et épiploïques. On libère les adhérences et on recherche le fragment cervical. On explore les fossettes ovariennes pour déceler la présence éventuelle de ganglions. Ces deux régions sont difficiles à explorer à cause des adhérences intestinales qui sont difficilement libérées. On constate l'absence de ganglions dans les régions explorées. On referme donc sans placer le radium que l'on voulait introduire par voie péritonéale.

Le 17 janvier 1950 : Décès à la suite d'une occlusion intestinale.

A retenir ceci : Kyste de l'ovaire,
intervalle libre de 10 ans,
épithélioma baso-cellulaire.

OBSERVATION N° 3

M^me^ C..., âgée de 57 ans.

Admise dans le service le 29 août 1949.

Hystérectomie subtotale en 1925 pour salpingite.

Elle présente depuis 4 ou 5 jours des pertes rouges avec glaires, non douloureuses, en quantité minime mais constante, avec cependant tendance à l'augmentation.

Examen :

Point douloureux dans la région abdomino-pelvienne gauche.

Le toucher ramène du sang.

Le col restant est gros, irrégulier, dur, bourgeonnant.

Il a comblé entièrement le cul-de-sac gauche.

BIOPSIE.

Il s'agit d'un épithélioma de type malpighien baso-cellu-

laire avec mitoses et monstruosités nombreuses dans les boyaux qui le caractérisent.

Stroma-réaction marquée avec présence de plasmocytes et polynucléaires disséminés.

THERAPEUTIQUE.

Application de Ra pendant 8 jours (du 9-9-49 au 17-9-49) à raison de 20 mg. dans le vagin. Le total d'application est de 28,8 M.C.D.

Amélioration locale.

Puis radiothérapie du 21 septembre 1949 au 6 novembre 1949. Quatre portes d'entrée, 12 séances (2 heures au total pour chaque porte d'entrée à raison de 3.000 r.

En octobre, l'état local est amélioré, le col a considérablement diminué de volume. Il est rétracté mais souple. L'état général est maintenu. La malade a repris un peu de poids.

La malade a été suivie jusqu'au 17 août 1950, date à laquelle elle a été perdue de vue. Son état était satisfaisant. Les recherches effectuées auprès de l'Etat Civil pour la retrouver n'ont pu aboutir.

A retenir ici : Salpingite,
énorme intervalle libre de 24 ans,
Epithélioma malpighien baso-cellulaire.
Guérison apparente 10 mois après la fin du traitement.

OBSERVATION N° 4

M^me^ T..., 73 ans.

Admise dans le service le 4 décembre 1951.

Elle a été opérée pour fibrome il y a 30 ans.

Hystérectomie subtotale.

Elle vient consulter pour :

— **des douleurs** sourdes, qui ont débuté depuis un an. Leur siège est abdominal et lombaire. La malade souffrait nuit et jour sans toutefois présenter de crises paroxystiques.

— **des hémorragies** apparaissant à l'effort et en particulier à la défécation. Elles sont constituées de sang rouge et de caillots.

— de l'amaigrissement et de l'inappétence.

— de la constipation.

Antécédents pathologiques.

Tumeur blanche de la cheville gauche de 9 à 12 ans.

Tendance à la bronchite chronique.

Antécédents obstétricaux.

1 grossesse normale.

EXAMENS :

Femme amaigrie,

abdomen douloureux à la palpation,

douleur à la pression des épineuses des 3 dernières vertèbres lombaires. L'aspect radiologique est celui d'une ostéo-arthrite.

BIOPSIE.

Epithélioma malpighien baso-cellulaire remarquable par ses traînées infiltrantes. Les mitoses sont très nombreuses en certains points.

Col recouvert d'une muqueuse intacte. Orifice cervical élargi. Le toucher fait saigner. Néo à début intra-cervical.

Au T. R. les lésions sont beaucoup plus importantes qu'elles ne paraissent au toucher vaginal. Il existe une traînée infiltrée qui s'étend de la base du paramètre à la paroi pelvienne.

Conclusion : Tumeur de type IV.

THERAPEUTIQUE.

Application pendant 4 jours (du 19-1-52 au 21-1-52 et du 21-1-52 au 23-1-52) de radium à raison de 2 tubes de 10 mg. Total d'application du 14,4 m.c.d.

Malade décédée le 2 mars 1952 à la suite de l'évolution du néo.

A retenir ici :

Fibrome,

Intervalle libre de 30 ans,

Cancer malpighien baso-cellulaire type 4.

OBSERVATION N° 5

M^me^ M..., 29 ans.

Admise dans le service du Professeur CHOSSON, le 6 mai 1953.

Hystérectomie subtotale en 1947, pour kyste de l'ovaire.

Antécédents obstétricaux :

— 2 grossesses normales,

— 1 avortement.

Histoire de la maladie.

Le début remonte à 6 mois :

— douleurs abdomino-palviennes et lombaires,

— pertes blanches puis jaunâtres, puis rouges. Hémorragie provoquée par le coït il y a 1 mois et demi.

EXAMEN :

Au toucher vaginal, moignon de col saignant facilement au contact.

Biopsie (Docteur BONNEAU).

Epithélioma malpighien spino cellulaire kératosique avec nombreuses mitoses et stroma pauvre et mal adaptif.

TRAITEMENT :

Radium du 21 mai 1953 au 30 mai 1953, à raison de 3 tubes de 10 mg. intra-vaginaux : 59,4 M.C.D.

Radiothérapie : appliquée irrégulièrement pendant près de 3 mois (du 4 juin 1953 au 26 août 1953) : 12 séances à 3.000 r et 10 séances à 2.500 r par 6 portes d'entrées.

La malade ne souffre plus. Les pertes ont disparu.

Au toucher vaginal, le col s'est effacé.

Au toucher rectal, on perçoit un col petit, mobile. Il existe de volumineuses hémorroïdes difficilement réductibles.

De septembre 1953 à janvier 1954 :

La malade présente un bon état général, aucun phénomène douloureux, aucune perte.

Vulve petite, les parois vaginales sont souples, les paramètres paraissent libres, le col atrophique saigne légèrement au contact, muqueuse d'aspect normal.

Le frottis vaginal est très sec.

Le poids de la malade est de 48 kg. 700.

Du 24 janvier au 18 mars :

On prescrit du Frenantol puis du Cycladiene.

Les frottis sont de type P I.

Le 22 mai : la malade se plaint de douleurs lombaires à prédominance gauche, probablement en rapport avec la présence d'hémorroïdes internes.

Les frottis présentent une réaction inflammatoire, type P2; en conclusion, il s'agit d'un frottis de radiothérapie.

Du 1er septembre au 26 octobre :

— Apparition de glaires rectales depuis 8 jours,
— 2 ou 3 hémorragies à l'occasion des rapports,
— on sent un noyau induré aplati, de 2 centimètres de diamètre, situé à la base du paramètre au niveau de la paroi droite du rectum,
— on prescrit du Testoviron progesterone fort,
— état satisfaisant.

A retenir ici :

— Kyste de l'ovaire,
— intervalle de 6 ans,
— épithélioma malpighien spino-cellulaire, stade II,
— guérison apparente maintenue depuis 13 mois.

OBSERVATION N° 6

Mme Gr..., 49 ans.

Admise dans le service de M. le Professeur CHOSSON, le 24 septembre 1954.

Hystérectomie subtotale en 1936 pour salpingite-appendicectomie en 1944.

Antécédents obstétricaux.

Deux grossesses normales.

Une grossesse difficile.

Histoire de la maladie.

Le début remonte à 4 mois : le 4 août, métrorragie abondante. La malade est envoyée par le Docteur DETURMENY pour :

— **Pertes** jaunes verdâtres, fétides, empesant le linge, très abondantes.

— **Douleurs hypogastriques** à type de piqûres, évoluant par poussées.

EXAMEN :

Au toucher, vagin un peu atrophique, col de consistance dure, on sent une ulcération. Le toucher ramène du sang.

La malade est asthénique, anorexique, mais elle ne présente pas d'amaigrissement notable.

Biopsie.

Epithélioma épidermoïde assez différencié, sans maturation kératosique des éléments qui comportent :

— Un hyperchromatisme marqué,

— des signes d'anisocaryose,

— des mitoses nombreuses,

— le stroma est inflammatoire.

Conclusion : épithélioma intermédiaire du col utérin.

Cystoscopie (Docteur BARTHELEMY) :

Vessie de capacité normale, méats normaux, la muqueuse paraît saine, sauf au niveau de la partie inférieure et postérieure du col vésical où se remarquent quelques varicosités, mais sans aucune trace de néo-formation.

Le 2 octobre 1954, envoyée au Centre anticancéreux.

TRAITEMENT :

Curiethérapie vaginale à 3 foyers.

Du 6 octobre 1954 au 12 octobre 1954, la malade reçoit 27 M.C.D. Après 24 heures de repos, elle reçoit de nouveau 18 M.C.D. du 13 au 17 octobre, soit au total 45 M.C.D. en 10 jours.

Le 29 octobre 1954, on entreprend le traitement radiothérapique.

A retenir ici :

La salpingite,
l'intervalle libre de 18 ans,
l'épithélioma intermédiaire, stade II,
roentgenthérapie en cours.

Obsv.	Hysts	Age	Raisons	Int. libre	Type anatomo-clinique	Type A. path.	Evolution
I	1933	56	Fibrome	17	Stade I	EOA cylind. EOA Baso-cell.	Guérison de plus de 3 ans.
II	1938	56	Kyste ovaire	10	Stade III	EOA Baso-cell.	DCD 1950.
III	1925	57	Salpingite	24	Stade II	EOA Baso-cell.	Guérison apparente 10 mois après fin traitement. Perdue de vue depuis.
IV	1921	73	Fibrome	30	Stade IV	EOA Baso-cell.	DCD 1952. Un an d'évolution
V	1947	29	Kyste ovaire	6	Stade II	EOA Spino-cell.	Guérison apparente depuis 13 mois.
VI	1936	49	Salpingite	18	Stade II	EOA Interméd.	Roentgenthérapie en cours.

Définition et données classiques

Comme le fait remarquer J. DOR, le cancer du col restant est celui qui se développe sur le moignon cervical consécutivement à l'hystérectomie subtotale après un intervalle libre que l'on devrait normalement estimer à un ou deux ans.

Mais quelle est la valeur de cette limite arbitrairement fixée ? Si l'on en croit DARGENT, trois ans serait une limite raisonnable. En effet, en confrontant les stastistiques établies de 1944 à 1949, il trouve un trou de deux ans à partir de la troisième année qui séparait, selon lui, le cancer restant du col et le cancer du col restant.

PONTHUS et ROCHER (1944), reprenant les idées de POLLOSSON classent, eux aussi, les cancers du col en précoces et tardifs, mais pour eux les précoces sont ceux apparus en moins d'un an.

LAMARQUE et BETOULIERES reconnaissent qu'il faut un intervalle libre, mais pour eux, il peut être de quelques mois et le type histologique de la tumeur prend à leurs yeux une grande importance.

Pour M^lle^ BAUD, la durée de la période asymptomatique varie de 1 à 38 ans.

Nous retiendrons donc la définition adoptée par J. DOR, celle qui correspond le plus à la réalité clinique.

Ce cancer du col restant est celui qui se développe sur le moignon cervical, consécutivement à l'hystérectomie subtotale, après un intervalle libre que l'on devrait normalement estimer à un ou deux ans.

La fréquence de cette complication est difficile à apprécier, il faudrait que le chirurgien ait la possibilité de suivre la totalité de ses opérés ; nous verrons, au cours de l'étude de notre statistique, que cela est pratiquement impossible.

A quels critères se fier ? D'après JEANNENEY, il faudrait connaître :

1° Le nombre absolu des cancers du col restant connus, ce qui est très difficile.

2° La proportion des cancers du col restant par rapport aux cancers du col ordinaires.

3° La proportion des cancers du col restant par rapport à toutes les hystérectomies subtotales suivies.

Prenant pour base ces critères, J. DOR, à Marseille, trouvait 0,64 %, c'est-à-dire inférieure à celle qui est classiquement admise (1 %). Si, comme H.-A. YOUNG, nous rele-

vons les chiffres d'auteurs qui sont parvenus à suivre l'évolution des hystérectomies subtotales, nous trouvons :

Auteurs	St pour cause bénigne	Nombre de cancers	%
HENRIKSEN	6.550	26	0,45
PEARSE	810	8	1
VON GRAFF	6.244	45	0,62
MEIGS	1.774	13	0,73

La seule statistique valable peut porter sur un rapport facilement édifiable : le pourcentage de cancer du col restant par rapport aux cancers du col ordinaire.

Les chiffres abondent, BONNAL, au Centre A. C. de Marseille, trouvait 1 % en 1936.
leux de Marseille, trouvait 1 % en 1936.

Si l'on reprend les statistiques récentes, nous voyons que les chiffres varient de 2 à 5 % pour les auteurs français.

LAMARQUE ..... 2,07 %
PONTHUS et ROCHER .... 4,2 %
LABORDE ..... 2,9 %
COTTE et NOTIER ..... 3 %
DARGENT ..... 2,8 %
J. BAUD ..... 4,6 %

YOUNG rassemblant de nombreuses statistiques étrangères a obtenu un pourcentage moyen de 4,1 %. Toutefois signalons que pour certains auteurs comme BLACK ce pourcentage était de 8,1 % :

Bien qu'il soit difficile de tirer une conclusion nous pouvons noter que le pourcentage établi dans les Centres anticancéreux est plus élevé que celui obtenu dans les statistiques personnelles des chirurgiens.

Le troisième problème qui se pose à nous est de savoir quelles sont les circonstances d'apparition de ces tumeurs sur col restant, autrement dit quelle était la lésion qui a justifié l'hystérectomie subtotale — que d'incertitude dans le diagnostic opératoire ? — Combien de malades se rappellent-elles en effet quelle est la cause exacte de leur hystérectomie.

Pour J. CHOSSON, dans les quatorze cas où il était nettement fait mention de la lésion primitive, onze fois il s'agissait de fibrome et trois fois d'une annexite.

Si nous rassemblons les statistiquess rapportées par des chirurgiens : PEARSE, DARGENT ; des rédiologistes ; M^lle

J. BAUD, nous pouvons constater que le fibrome est la lésion primitive la plus fréquente.

Auteurs	Fibrome et métrite hémorragique	Annexite	Tumeur ou kyste de l'ovaire
PEARSE	751	370	
DARGENT	34	14	7
BAUD	60	48	6
Total	845	432	

CONCLUSIONS.

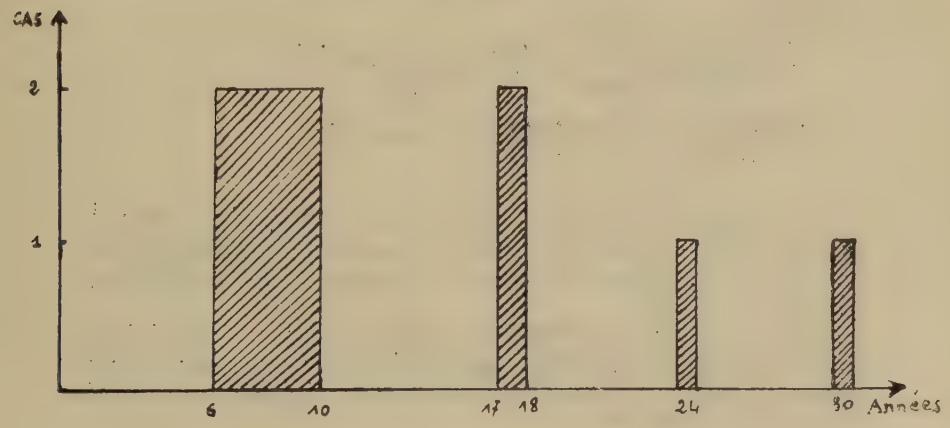
Classiquement :

— l'intervalle libre est de deux ans ;
— la proportion du cancer du col restant par rapport à toutes les hystérectomies subtotales est de 1 % ;
— la proportion des cancers du col restant par rapport aux cancers du col ordinaire est de 4 % ;
— les lésions qui ont nécessité l'hystérectomie subtotale sont par ordre d'importance le fibrome et l'annexite.

Nous avons relevé six observations de néos du col restant de 1943 à 1954.

1° L'intervalle libre s'étant écoulé entre la date de l'hystérectomie subtotale et l'apparition des premiers symptômes du néo du col varie de 6 à 30 ans. Nous sommes donc bien au-delà de la limite des deux ans communément admise.

Nous avons porté les intervalles libres en abscisse et le nombre de cas en ordonné (graphique n° I).



2° **Le pourcentage** du cancer du col restant par rapport au cancer du col ordinaire nous donnerait un chiffre trop élevé et sans signification car vu le nombre réduit de cancers du col constaté durant cette période l'erreur relative est beaucoup trop importante pour nous permettre de tirer une conclusion.

3° **La nature de la lésion** à l'origine de l'hystérectomie Subtotale nous a été confirmée.

Le fibrome n'est pas prédominant l'annexite et le kyste de l'ovaire occupent la même place.

FIBROME	ANNEXITE	KYSTE DE L'OVAIRE	TOTAL
2	2	2	6

(TABLEAU N° II)

4° **Le type anatomo-clinique.** Si l'on tient compte de la classification de GOSSET et WALLON nous relevons :

1 cas type I observation I
3 cas type II observations III - V - VI
I cas type IV observation IV.

5° **Le type anatomo-pathologique.** J. DOR. en 1932, avait distingué deux types.

Le type EXOCERVICAL qui est un épithélioma malpighien spino-cellulaire, baso-cellulaire, ou intermédiaire, M. le professeur CHOSSON avait mentionné en 1932 que dans ses deux observations publiées il s'agissait d'épithélioma malpighien a prédominance baso-cellulaire.

LAMARQUE en 1943 note aussi cette prédominance de l'épithélioma malpighien qui est le vrai cancer du col restant.

Nous avons relevé :

L'épithélioma baso-cellulaire quatre fois.
(Observations I - II - III (IV)

L'épithélioma intermédiaire deux fois.
(Observations V et VI).

Le type endocervical glandulaire cylindrique, dont le point de départ peut être exceptionnellement exo-cervical.

DOR en rapportait deux observations. LAMARQUE en rapporte un cas.

Sur nos sept observations nous avons trouvé un épithélioma cylindrique orthoplasique utérin dans un cas (observation 1) qui co-existe d'ailleurs avec un épithélioma malpighien baso-cellulaire.

CONCLUSION :

Les aspects cliniques.

Nous n'avons nullement l'intention de reprendre l'étude clinique faite par M. DOR. Seuls les signes qui ont amené nos malades à consulter retiendrons notre attention.

Le signe capital est l'hémorragie, nous l'avons retrouvée chez toutes les patientes. Pertes d'abord peu abondantes mais à répétition survenant les premiers temps sous l'influence de traumatismes insignifiants, semblant être déterminées par l'effort.

Entre ces poussées de métrorragies ou prenant le pas sur elles : les leucorrhées, plus ou moins jaunâtres ou rosées.

La douleur qui signe la période d'état apparue chez certaines sous forme de simple pesanteur (observation n° III) de piqûre (observation n° VI) parfois antérieure à la métrorragie (observation n° IV), à localisation tantôt périnéale, tantôt abdominale.

En même temps apparaissent les signes généraux amaigrissements asthénie, anorexie, anémie qui aboutiront à la cachexie.

Nous pensons qu'il est utile de mentionner l'état du col et des paramètres par le toucher. Qui d'abord nous a montré une forme bourgeonnante dans quatre cas — une forme ulcéreuse dans un cas — ulcéreuse et infiltrante dans d'autres cas — une forme endo-cervicale dans un cas.

Le Problème Pathogénique

Il est actuellement admis, par la majorité des auteurs, que la fréquence du cancer du col est plus grande chez la femme ayant subi une hystérectomie subtotale que chez la femme non hystérectomisée.

PONTHUS et ROCHER admettent même que au moins 1,5 % des dégénérescences du moignon restant est dû au fait de l'hystérectomie subtotale.

Il semble donc bien que le col isolé se cancérise avec une assez grande fréquence. Pourquoi ?

Le problème reste entier, mais on peut dire que les progrès de la physiologie génitale permettent d'envisager quelques hypothèses.

Quels sont donc les facteurs qui contribuent ainsi à menacer l'avenir de ces hystérectomisées par l'apparition d'un cancer du col restant — ou, sous un angle anatomopathologique, « comment se fait-il que, dans un épithélium pavimenteux cervical, on voit apparaître des mitoses anormales, s'accompagnant d'une disparition du glycogène avec stratification anormale de l'épithélium et, plus ou moins tardivement, d'une rupture de la basale » ? (MORICARD, 1952.)

On a d'abord pensé aux perturbations apportées au moignon cervical par la suppression des connexions vasculaires, veineuses et sympathiques, créant ainsi un trouble de la nutrition au niveau du col. L'avis des auteurs est partagé et LAMARQUE pense que la vascularisation du moignon demeure satisfaisante.

D'après J. CHOSSON, le cancer serait en partie favorisé par le fait que la vascularisation et l'innervation du col sont profondément modifiées.

Pour WALLON, en raison du barrage cicatriciel que l'hystérectomie subtotale a fait sur les voies lymphatiques, le cancer du moignon a moins de chance de se propager. NUTTAL et TODT, COTTE et NOTTER sont du même avis.

S'agit-il d'une maladie de cicatrisation ?

Le cancer des cicatrices de Lumière n'entre pas dans le cadre de cette étude du fait du long intervalle libre.

Mais, l'acte opératoire est-il susceptible de favoriser la concérisation d'un col sain ? Avec le Professeur CHOSSON, nous pensons que la longueur même de l'intervalle libre suffit à montrer que l'acte opératoire ne joue aucun rôle dans la cancérisation du moignon.

DARGENT concluait, en 1950, que, toute proportion

gardée, le dôme vaginal, lors d'une hystérectomie totale, a autant de chances de se cancériser que le moignon d'une subtotale.

Mlle BAUD nie le rôle du traumatisme opératoire.

Dans notre étude statistique, nous constatons que six de nos observations présentent des intervalles libres allant de 6 à 30 ans !

Envisageant les causes de l'hystérectomie subtotale, nous avons vu que, dans la plupart des statistiques, le fibrome avait une place prépondérante... Aurait-il une incidence sur l'apparition du cancer ?

Pour DOR, le fibrome ne prédispose pas plus au cancer du col restant qu'au cancer du col ordinaire. Selon lui si fréquence il y a, elle serait due à la prolifération adénomateuse qui l'accompagne — la fréquence plus grande des hystérectomies pour fibrome a aussi son importance.

DARGENT pense, lui aussi, que les cancérisations dans les cas de fibrome sont dues à la métrite glandulaire hypertrophique chère aux auteurs allemands.

Cette opinion semble possible. Mais comment expliquer alors les cas de cancérisation après hystérectomie pour salpingite et pour kyste de l'ovaire ?

D'ailleurs, dans notre étude, le fibrome n'est à l'origine du cancer que deux fois sur six.

Les statistiques de COTTE et NOTTER corroborent la nôtre puisque, sur sept néos du col restant, ces auteurs ne retrouvent le myome utérin que deux fois.

Nous avons vu que PEARSE, sur 900 hystérectomies, trouvait l'inflammation pelvienne à l'origine de la subtotale 370 fois.

DARGENT note que 25,4 % des S.T. ont été faites pour annexite.

Quant à nous, sur six observations, nous retrouvons deux annexites, soit environ 30 %.

La lésion inflammatoire occupe donc une place de choix et de nombreux auteurs : CHOSSON, ROCHET, DARGENT, MONTEL, soulignent la grande fréquence de la cervicite chronique antérieure à l'hytérectomie subtotale.

D'autres, comme VAYSSIERE, ont montré que le col restant, mal nourri, est un point de moindre résistance et s'infecte facilement. En accord avec ces données, GRADET note que 40 % des subtotales anciennes présentaient des pertes blanches et 25 % une métrite cervicale.

Il existe donc très souvent une cervicite plus ou moins atténuée qui pourrait très bien, peu à peu, se cancériser.

GAGNON montre que les inflammations chroniques en-

traînent des remaniements topographiques extrêmement complexes qui sont « très probablement une circonstance favorisante du cancer du col.

Cependant, comme le fait remarquer DE WATTEVILLE, nul n'a pu apporter la preuve formelle que les irritations prédisposent au cancer.

MORICARD base la différenciation des lésions dystrophiques du col de l'épithélioma « *in situ* », sur des données anatomo-pathologiques. Ce sont :

— les anomalies mitotiques ;
— la disparition du glycogène ;
— La perte de stratification de l'épithélium.

Mais où est la limite de l'atypie ? BERGER constate que dans les lésions inflammatoires du col, bien que la biopsie soit négative », le doute persiste néanmoins ».

HINSELMAN, étudiant les atypies épithéliales, remarque que les atypies « simples » sont à considérer avec prudence, alors que dans les aggravées, il relève 28 transformations néoplasiques sur 36 cas.

Quelles seraient les modalités d'évolution ?

Soit une progression continue allant de l'atypie épithéliale simple au terme final : le microcarcinome, opinion la plus répandue.

Soit estimer que la colerette d'atypie épithéliale représente, à la périphérie de la zone franchement épithélioma-teuse, l'expression d'un phénomène d'induction (DEELMANN - SCHILLER).

Mais, si ces considérations anatomo-pathologiques sont les seuls repaires solides dans la compréhension du cancer, il n'en reste pas moins qu'elles ne font pas intervenir le facteur hormonal, qui prend une place prépondérante lors de la castration effectuée dans la plupart des hystérectomies subtotales.

Du point de vue clinique, nous constatons dans la ménopause artificielle :

— des troubles généraux d'abord, dont les bouffées de chaleur et les modifications morphologiques ne sont pas les moindres ;
— des troubles locaux ensuite ; l'absence des sécrétions internes de l'ovaire modifiant l'épithélium du Tractus génital ;
— à l'œil nu, on aperçoit, trois à quatre années après la castration (PALMER), un col plutôt petit, au colposcope il est pâle, revêtu d'un épithélium pavimenteux atrophiques mince, transparent, chamois au Test de SCHILLER.

Mais MURRAY et HERNBERG, dans une étude histologique poussée, ont montré qu'après un arrêt de la proli-

lération et des modifications cycliques· l'épithélium vaginal régresse progressivement pour aboutir à l'atrophie complète en trois mois.

De plus, même chez une ménopausée, la castration précipite l'atrophie complète de l'épithélium vaginal, créant un état d'infection latente : la vaginite atrophique (frottis Sales).

Cette castration engendre donc un état de carence hormonale plus poussée que dans la ménopause naturelle et agit d'une façon plus brutale.

Le col, dont les connexions anatomiques ont été détruites, qui se trouve le plus souvent dans un milieu infecté (frottis « sale » des vaginites atrophiques), dont le support hormonal est détruit (castration), va assez facilement devenir le siège d'irritations qui peuvent, en un certain sens, expliquer la cancérisation.

Les hormones ovariennes agissent, elles, directement sur la muqueuse vaginale ? Pour HECHTER, LEVET, SOSKIN· l'effet hyperhémiant des œstrogènes serait dû à une hyperproduction locale d'acétyl-choline.

EMMENS et LUDFORD prouvent que cette action s'effectue par l'intermédiare de produits de métabolisme. Enfin, PUNDEL croit en l'action directe, car les réactions, non seulement sont spécifiques pour les différentes hormones, mais encore elles se retrouvent au niveau de l'épithélium buccal.

Si l'interprétation des phénomènes biologiques de la castration permet la bonne compréhension des phénomènes qui aboutissent à la transformation d'une muqueuse normale en une muqueuse hypoplasique, « le problème essentiel de la cancérologie n'est pas résolu pour autant » (MORICARD).

D'ailleurs, comme le fait remarquer M^lle^ BAUD, les troubles hormonaux sont difficiles à apprécier dans l'ignorance où l'on est de la conservation des ovaires chez nos hystérectomisées.

Il serait intéressant de rechercher dans la littérature si les femmes, hystérectomisées avec conservation des ovaires ont ou non un néo de leur col restant.

En conclusion : actuellement, les recherches pathologiques s'orientent donc vers l'étude des perturbations hormonales apportées par la castration.

Ces perturbations hormonales retentissant, d'une part, sur les interractions entre les ovaires et la muqueuse utérine et vaginale et· d'autre part, pouvant amener un dérèglement de la fonction endocrine de l'hypophyse antérieure (LIPSCHUTZ), dérèglement dont le pouvoir cancérigène paraît être démontré.

Le Problème Prophylactique

Nous n'avons pas l'intention de reprendre le problème entre les partisans de l'hystérectomie subtotale et ceux de l'hystérectomie totale.

Notre intention est d'envisager le problème avec les données modernes de la gynécologie : les frottis cervicaux et vaginaux, la colposcopie, qui permettent de faire un diagnostic précoce, donc, avant toute hystérectomie subtotale et dans les suites, une surveillance stricte des opérées doit diminuer le nombre des cancers du col restant.

Cette prophylaxie doit être :
— pré-opératoire,
— opératoire,
— post-opératoire,
ce qui soulève le problème social.

I. — PROPHYLAXIE PRE-OPERATOIRE

Pourquoi préférer l'hystérectomie totale.

Quels sont les arguments qui militent en faveur de l'hystérectomie totale ? (ALDRIDGE et M. EREDITH.)

1° L'hystérectomie totale élimine les troubles résiduels causés par une cervicité chronique persistante.

Les auteurs ont, en effet, remarqué que des lésions chroniques du col existaient dans 85 % des cas où il y avait une indication d'hystérectomie.

D'ailleurs, même sur un col sain, l'hystérectomie peut entraîner, par des troubles vasculaires, une cervicite chronique. En tout cas, des troubles tels que leucorrhée, dyspareunie, douleurs lombo-sacrées sont plus fréquemment rencontrés après subtotale qu'après la totale.

2° Supprime le risque du cancer intra-cervical méconnu lors de l'opération (TELINDE découvre quatre cancers invasifs insoupçonnés sur 300 pièces d'hystérectomie totale avec coupes en série du col, soit plus de 1 % ; ALDRIDGE en trouve trois sur 500).

3° Supprime le risque de cancer secondaire du moignon cervical (d'après ALDRIDGE, 7 % des cancers du col sont des cancers du moignon cervical après hystérectomie subtotale).

4° Après l'hystérectomie totale, les troubles ménopausiques sont moins marqués et moins prolongés qu'après la totale, et les malades s'accommoderaient plus facilement de

tels symptômes lorsqu'ils se produisent (serait attribué, dans la subtotale, à une réaction persistante entre hormones ovariennes et endomètre du col utérin conservé).

Malgré ces arguments de valeur, la subtotale a encore de nombreux adeptes, car, bien que la difficulté technique de la totale ne soit plus à considérer, il y a tout de même les possibilités de blessure de la vessie de l'uretère, un risque de prolapsus du dôme vaginal et surtout les facteurs personnels de la malade, sur lesquels nous reviendrons dans ce chapitre.

La subtotale peut être maintenue, à condition d'éliminer les cas douteux susceptibles de se cancériser.

Ou, comme disait LABRY : « Si l'on parvient à être suffisamment entraîné pour approcher de 100 % les chances de diagnostic exact du cancer du col... on aura diminué considérablement le risque de faire une de ces subtotales de facilité, décidées sur un diagnostic justifié parfois en partie ou parfois complaisant, de fibrome utérin chez une femme dont le cancer endocervical sera, non seulement méconnu, mais sans doute aggravé par le retard apporté au traitement efficace et placé dans des conditions beaucoup plus difficiles à la fois pour le radiothérapeute et le chirurgien. »

Or, comme le montre WESPI, il existe un « état de latence » du cancer, pouvant durer longtemps et sans manifester le moindre symptôme.

La subtotale, à notre avis, en s'entourant de ces précautions, peut fort bien être conservée.

Quels sont les facteurs qui interviennent dans la discussion de l'indication ?

L'âge de la malade intervient en premier lieu : chez une femme jeune, on préférera laisser au vagin sa conformation naturelle, éliminer la possibilité d'une cicatrice douloureuse ; d'ailleurs, les désirs de la malade interviennent aussi dans le choix de l'intervention ; combien désireront conserver leur col, ne voulant pas devenir des « infirmes de vagin », des « dyspareuniques » avec les conséquences conjugales et psychiques que cela comporte.

Les lésions nécessitant l'hystérectomie doivent pourtant intervenir en premier lieu :

Pour le médecin : ALDRIDGE est convaincu, pour sa part, que l'hystérectomie subtotale ne doit plus avoir que des indications exceptionnelles, chez des femmes dont l'état général est précaire et où chaque minute compte au cours de l'intervention.

Raoul PALMER est « résolument totaliste », suivant ses propres termes ; dès l'instant où l'on ne croit pas devoir conserver la fonction menstruelle par une amputation supra-isthmique.

L'état du col doit aussi intervenir, les déchirures du post-partum mal cicatrisées, les lésions inflammatoires chroniques et le risque de l'épithélioma « *in situ* ».

Nous pensons donc qu'il est impossible de fixer une ligne de conduite rigide et valable dans tous les cas.

Le médecin doit donc tenir compte de ces nombreux facteurs : âge, parité de la malade, état général et gynécologique, image histologique, extension des lésions, pour étayer son choix thérapeutique.

Du diagnostic des lésions dépendra donc son attitude. Pour établir ce diagnostic, le médecin a à sa portée des moyens cliniques simples et des procédés de diagnostic spécifiques.

A) LES MOYENS CLINIQUES SIMPLES.

L'inspection soigneuse de tous les cols devrait être faite chez toute femme, au cours d'un examen médical.

Nous utiliserons un spéculum de CUSCO mais, pour que cette manœuvre soit efficace, il faut disposer d'un bon éclairage.

L'inspection peut nous montrer, soit un col apparemment intact, soit de nombreuses modifications inflammatoires : traînées rougeâtres ou piqueté blanchâtre, œuf de NABOTH, leucoplasies, ectropion si le col est légèrement ouvert, érosion ou, à un stade plus avancé, ulcération.

Un test accessible à tout médecin est celui de CHROBAK ; il consiste à mettre en évidence la friabilité excessive du tissu cancéreux à l'aide d'un stylet ; ceci n'est d'ailleurs possible que lorsque la néoplasie atteint une certaine épaisseur.

Précisons, dès à présent, et nous y reviendrons, qu'avant d'effectuer le toucher, nous devons recueillir les sécrétions non altérées du vagin ou du col étaler et fixer le frottis.

Le toucher : à ce stade, il est peu probable qu'il nous donne la perception d'une induration ou d'une perte de substance en surface.

B) LES PROCEDES DE DIAGNOSTIC SPECIFIQUE.

Le test de LAHM-SCHILLER :

« Au niveau de l'épithélium cervical normal, il existe une manifestation histochimique constamment observée : c'est la présence du glycogène. » (SCHILLER.)

L'épithélium du col en renferme des quantités considérables dans ses assises supérieures ; cette substance existe en quantité moindre dans les cellules de la base, sous forme de granulation incluse dans le protoplasme ; dans l'épithélium cancéreux cette substance manque.

Par ailleurs, le glycogène a la propriété de fixer l'iode de la solution de Lugol.

On utilisera une solution aqueuse de lugol (iode 1, iodure de potassium 2, eau 300).

Certains auteurs appliquent la solution par vaporisation (PALMER) ; d'autres utilisent un tampon de gaze bien imbibé (DE WATTEVILLE).

Les places dépourvues d'épithélium conservent leur couleur rouge ou deviennent simplement jaunâtres· de même l'épithélium cylindrique.

SCHILLER note (1928) que l'épithélium pavimenteux kératinisé et le carcinome au début ne prennent pas le lugol.

L'épithélium normal prend une teinte brun acajou.

On considérera donc :

— Le test normal, dans lequel le col et le vagin prennent une coloration brun acajou uniforme.

Les tests anormaux, avec une ou plusieurs zones, ne prenant pas le lugol,

PALMER distingue parmi eux :

— les zones rouges ou rosées à contour net,

— les zones blanches à contour net,

— les zones blanches ou jaunâtres à contours flous.

Toutefois, il faut insister sur la difficulté qu'il y a à interpréter un test chez une femme ménopausée du fait de la carence folliculinique.

Dans le cancer ulcéré, ce test nous permet de préciser l'extension néoplasique en surface.

Mais, comme nous pouvons le constater, le test de SCHILLER ne nous donne pas un diagnostic étiologique , il nous indique, sur un épithélium apparemment normal, les limites de l'épithélium anormal qui peut être une dystrophie bénigne, une dysplasie ou un épithélioma non encore ulcéré.

Il nous guidera, soit dans la localisation de la biopsie, soit il nous permettra de faire subir à la patiente des examens plus complets, et en particulier la *Colposcopie*.

COLPOSCOPIE.

Le but de la colposcopie est, d'une part, de diagnostiquer comme bénignes une série d'aspects cervicaux suspects, et, d'autre part, de localiser la biopsie sur les points suspects.

Inventé par HINSELMANN· en 1924, cet appareil permet d'observer l'image agrandie de la totalité ou d'une partie de la muqueuse cervicale, sans renoncer pour cela à la vision binoculaire qui met en relief les lésions.

L'appareil le plus utilisé est le colposcope suisse de KERN ; on a avantage à utiliser un spéculum large.

Après un premier examen sans préparation, on badigeonne le col à l'acide acétique 3 % (HINSELMANN), ce qui nous permettra de découvrir facilement les ectopies de la

muqueuse endo-cervicale, les mosaïques, les « leucoplasies », aspect blanc brillant et les « bases » blanchâtres à point rouge.

L'utilisation simultanée du test de SCHILLER nous permet d'apprécier les limites de la zone iodo-négative.

A ce sujet, BERGER fait remarquer que les contours nets résulteraient de la collision de deux épithéliums de type différent. Par le fait que l'épithélium de régénération métaplasique se trouve à un stade indifférencié ou peu différencié, il joue un rôle capital dans la constitution des zones d'épithélium anormal qui, elles peuvent, bien qu'exceptionnellement, être l'étape d'une cancérisation ultérieure.

Avec PALMER, nous conclurons :

Que la colposcopie ne révèle pas plus de lésion suspecte que le test de SCHILLER qu'elle permet un tri entre lésions suspectes et lésions indiscutablement bénignes.

Qu'elle évite un grand nombre de biopsies.

Qu'elle permet de faire celles-ci en bonne place.

LE FROTTIS CERVICAL

Dans ce chapitre, consacré à l'étude des frottis vaginaux, notre but n'est pas de traiter la question en entier, mais nous inspirant des travaux récents de PUNDEL, DE BRUX, MARTIN, POLLOSSON, nous discuterons la valeur de la méthode dans la prophylaxie du cancer du col et, nous rapportant à PUNDEL, nous indiquerons les attitudes therapeutiques en fonction des résultats des frottis vaginaux.

Qu'il nous soit permis de rappeler brièvement les méthodes : chaque malade fait l'objet de prélèvements effectués sur le col (méthode du « Scraping » de AYRE), par grattage circulaire à l'aide d'une spatule de bois, au niveau du cul de sac postérieur, à l'intérieur du canal cervical ou dans la cavité utérine à l'aide d'une canule.

Le prélèvement ne doit jamais être fait après une injection vaginale qui modifie et dilue le contenu vaginal.

Pour la fixation, la plupart des auteurs utilisent la méthode de PAPANICOLAOU. On plonge le frottis dans une solution d'alcool (éther à parties égales suivi d'une coloration triphasique) ; après une heure de séjour dans la solution de fixation, le frottis ne risque plus de s'altérer ; recouvert d'une goutte de glycérine et protégé par une seconde lame propre, on peut l'expédier. Le frottis se conserve ainsi jusqu'à deux semaines (AYRE).

Pour chaque malade, on effectue au moins deux lames, chaque malade faisant l'objet de plusieurs prélèvement successifs.

Si l'on veut résumer les notions cytologiques nécessaires au diagnostic du cancer, on peut dire que les anomalies du Noyau (hyperchromatisme, anisonucléose, irrégula-

rité de la chromatine et des contours nucléaires, rapport nucléo-cytoplasmique augmenté) sont des caractéristiques permettant d'identifier la cellule cancéreuse.

Les modifications du cytoplasme permettent, en partie seulement, d'identifier le type de la tumeur.

PAPANICOLAOU classe les frottis en :

Cas négatifs :

Groupe I. — Pas d'altérations cellulaires.

Groupe II. — Altérations cellulaires, plus ou moins nombreuses, sans que l'on hésite sur le caractère bénin de ces éléments négatifs.

Cas suspects :

Groupe III. — Eléments cellulaires qui retiennent l'attention par leur altérations trop importantes pour que le frottis soit considéré comme négatif.

Cas positifs :

Groupes IV et V. — Cellules néoplasiques en plus ou moins grand nombre.

Valeur de la méthode :

PAPANICOLAOU a créé la méthode du diagnostic cytologique, « spécialement dans le but de servir comme moyen de dépistage systématique du cancer » (PUNDEL).

La statistique de PUNDEL est édifiante : sur 21.430 femmes soumises aux frottis, 171 cas ont été dépistés comme positifs, soit 7,9 %.

La valeur de la méthode n'est plus à prouver. Toutefois, les difficultés rencontrées dans le diagnostic cytologique sont nombreuses.

Tout d'abord, précisons que, pour que le diagnostic cytologique ait une valeur, il doit être établi par des médecins expérimentés, disposant d'un laboratoire bien équipé.

Les tentatives d'interprétation faites par les médecins praticiens sont, non seulement inutiles, mais encore dangereuses (DUMONT).

Cette technique s'apprend après un long entraînement (PAPANICOLAOU, GUTES et WAREN).

D'ailleurs, pour un même examinateur, les erreurs diminuent avec l'expérience ; dans la statistique de GRAHAM et MEIGS, le nombre des faux positifs, par exemple, a diminué de 6,4 % en 1943, à 0,04 % en 1948.

Deux erreurs peuvent être rencontrées :

— un faux diagnostic de cancer, quand le frottis contient des cellules atypiques provenant d'une lésion bénigne

— un test cytologique négatif malgré la présence d'un carcinome.

La biopsie étant le critère de base pour juger de l'erreur.

DE WATTEVILLE, GEISENDORF, DANON, rassemblant en un tableau synoptique les résultats obtenus par de

nombreux auteurs, arrivent à conclure que, sur 2.102 cancers, il y a 228 (10,8 %) de résultats faussement négatifs, 344 résultats faussement positifs (0,7 %), le total des cas examinés étant 53.201, le pourcentage des faux diagnostics est donc de 1.1 %.

D'autre part, DE BRUX, étudiant les statistiques de la Clinique gynécologique, de l'hôpital Broca, du 1er novembre 1950 au 1er octobre 1951, note que, sur douze épithéliomas intrarépithéliaux diagnostiquées par la biopsie, il n'y a pas un seul cas de frottis négatif.

MARTIN et POLLOSSON, relevant les résultats obtenus par les frottis sur 1.008 cas, trouvent 9 % d'erreur.

La conclusion d'un frottis positif entraînant pour le malade une sanction opératoire généralement importante, un tel diagnostic ne peut être posé formellement que lorsque les signes cytologiques sont sans équivoques (groupe V).

Quelle attitude adopter en présence d'un frottis positif pour cancer ? La valeur de la biopsie, bien que capitale, n'en est pas moins critiquable.

L'examen systématique de la pièce opératoire n'a-t-il pas montré maintes fois que le faux diagnostic de frottis positif correspondait, en réalité, à un néo (PAPANICOLAOU, MEIGS, PUNDEL, etc.).

PUNDEL définit ainsi l'attitude du gynécologue :

1° Si les frottis vaginaux ne sont que suspects pour cancer (type III), nous répéterons les frottis.

Si on est en présence d'une cervicite, nous administrerons des anti-infectieux. Si les frottis sont atrophiques, nous administrerons des œstrogènes pour « éclaircir » les frottis. Sont positifs les frottis qui passent aux types IV et V.

2° Si les frottis sont du type IV, et s'il n'y a aucune autre indication opératoire absolue, PUNDEL réclame la confirmation des frottis par une biopsie.

De toute façon, en cas d'opération, un contrôle définitif s'effectuera sur la pièce opératoire.

3° Si le frottis renferme de nombreuses cellules cancéreuses (type V) et si cliniquement il y a suspicion : nous ne ferons ni biopsie, ni hystérographie : nous procéderons au traitement radical.

4° La biopsie est impossible et les frottis répétés du type IV, dans les cas d'interposition utérine ou de rétrécissement vaginal prononcé : il faut opérer sans biopsie.

5° Si l'hystérectomie est indiquée pour une raison quelconque, nous ne pratiquerons la subtotale que dans le cas où les frottis sont négatifs, même si la biopsie pré-opératoire n'a pu mettre en évidence des lésions cancéreuses ou précancéreuses.

EN RESUME :

Les limites de la méthode sont dues à l'observateur non entraîné ou fatigué.

D'autre part, la méthode ne nous permet pas de juger de l'extension du cancer.

LES AVANTAGES :

Déceler précocement un épithélioma exocervical.

D'autre part, le frottis est la méthode essentielle pour détecter un cancer endo-cervical.

La négativité répétée des frottis est· pense-t-on, suffisante pour traduire l'absence d'une évolution maligne actuelle.

L'EXAMEN HISTOLOGIQUE

L'invasion du chorion et sa destruction par l'épithélium carcinomateux est le propre du cancer invasif : c'est un critère indubitable.

Mais NOVAK, YOUNGE pensent qu'on peut parler d'une lésion carcinomateuse sans qu'il y ait invasion. Nous emprunterons la définition à DE WATTEVILLE : « Le cancer non invasif peut être défini comme une modification de l'épithélium montrant toutes les altérations connues dans le cancer invasif... mais l'absence de leur pénétration dans le chorion. »

Le moyen pratique est la biopsie. FORGUE disait que « la biopsie est la condition et son examen microscopique la garantie de nos diagnostics précoces ».

La majorité des biopsies localisées sont effectuées à la pince à biopsie cervicale de DOUAY, et ce, à une profondeur d'un millimètre environ.

Le fragment est plongé dans le fixateur de BOUIN-DUBOSCQ qui, selon MORICARD, permet seul d'étudier correctement le glycogène.

Le prélèvement doit s'effectuer sur le point le plus typique de la lésion et, éventuellement, un autre prélèvement sur sa bordure.

Si on trouve une dystrophie suspecte, on peut alors effectuer une biopsie exérèse (PALMER).

Pour qu'une biopsie donne de bons résultats, il faut que le prélèvement intéresse vraiment la zone dangereuse et qu'il soit fait correctement ; beaucoup sont inutilisables parce que insuffisantes (PUNDEL).

DAVIS note que, sur douze cents biopsies du col utérin, deux cent cinquante-huit coupes ne renfermaient pas d'épithélium malpighien et trois cents étaient sans épithélium glandulaire, et pourtant la présence simultanée de ces éléments est indispensable pour effectuer un diagnostic histologique correct.

Quelle est la valeur de la biopsie dans la détection du cancer ?

PUNDEL formule les remarques suivantes :

1° Il faudrait pratiquer un examen histologique de tout l'appareil muqueux génital. Or, combien de femmes ne présentant aucun symptôme consentiraient à un tel examen ?

2° Sur un grand nombre de malades les résultats de la biopsie sont peu précis car la biopsie n'a de valeur que si elle est positive.

3° Elle peut avoir une influence néfaste sur l'évolution ultérieure du cancer. EWING pense que cette influence est minime et si, pour le noévocarcinome ou le cancer du sein la nocivité est prouvée, il ne semble pas qu'une biopsie bien faite puisse aggraver le pronostic du cancer du col. Pourtant, ULRICH a constaté de véritables poussées cancéreuses en coup de fouet après des biopsies brutales du col par une pince type J.-L. FAURE.

LES RESULTATS.

Ils sont en fonction de la qualité du prélèvement. Ils exigent un technicien exercé, et pourtant parfois la réponse n'est pas nette. Le gynécologue qui porte la responsabilité envers la malade voudrait savoir quelle attitude il doit adopter.

LES AUTRES MOYENS DIAGNOSTICS.

Le curettage intracervical à la sonde de NOVAK, qui nous permettra de faire des prélèvements de l'endocol.

La radiographie de l'endocol après imprégnation par une pâte opaque, qui pourra nous donner la projection des lésions endocervicales.

CONCLUSION

Dans le cancer « *in situ* », les attitudes thérapeutiques sont variées.

Nous ne ferons que mentionner l'abstention thérapeutique (avec mise en surveillance), la biopsie à l'emporte-pièce, l'électrocoagulation, la biopsie exérèse à l'anse diathermique, l'amputation conoïde du col, la trachélorraphie.

HYSTERECTOMIE

La plupart des auteurs pensent que seule l'hystérectomie totale mérite droit de cité : MORICARD, PALMER, DE BRUX.

YOUNGE propose la suppression totale de l'utérus avec double conservation ovarienne et résection d'un centimètre de collerette vaginale.

A l'opposé, la conception déjà exposée précédemment : l'opinion des auteurs américains qui préconisent l'hystérectomie totale élargie (GALVIN et TE-LINDE) qui enlèvent

les annexes et font une section basse du vagin. Ces opérations étant peu pratiquées en France.

MEIGS propose un WERTHEIM, « le cancer étant plus souvent invasif qu'on le croit ».

Mais l'hystérectomie totale avec conservation ovarienne laisse à la femme son potentiel féminin : morphologie, sexualité, tout en supprimant le « point d'appel du cancer ».

Dans le cas des tumeurs de l'ovaire, nous devons faire une hystérectomie totale, avec castration.

DARGENT, traitant des tumeurs solides ou liquides de l'ovaire, rappelle que MATHIEU, dans sa thèse, avait définitivement tranché le débat en concluant que « toute tumeur supecte de l'ovaire doit être soumise de préférence à l'hystérectomie totale.

Quelle attitude adopter vis-à-vis d'un fibrome ou d'une salpingite ?

Les examens systématiques que nous avons envisagés précédemment, les considérations d'âge, de parité, pourront nous permettre d'envisager une subtotale. Il est bien évident que, là encore, la question essentielle est de savoir s'il y a ou non processus néoplasique surajouté.

Mais, en dehors de toute lésion néoplasique, l'état du col doit être pris en considération. Une cervicite doit être traitée avant toute opération et, dans les cas favorables, l'hystérectomie totale pourra faire place à la subtotale.

L'électrocoagulation peut être utilisée à condition d'avoir éliminé par des examens préliminaires tout processus néoplasique. D'autre part, BERGER a prouvé, dans une étude approfondie, que si « l'électrocoagulation pratiquée en zone pavimenteuse atypique a laissé des îlots ou une bordure périphérique présentant des anomalies, la prolifération concentrique de l'épithélium pavimenteux transportera ces mêmes caractères anormaux dans le territoire de ramaniement ».

Il est donc capital de coaguler totalement l'endroit suspect, l'utilisation de la méthode bipolaire monoactive est en outre préférable.

II. — PROPHYLAXIE OPERATOIRE

J. CHOSSON pense que le cancer serait en partie favorisé par le fait que l'hystérectomie subtotale laisse en place un organe malade dont la vascularisation et l'innervation sont profondément modifiées.

ROCHER et DARGENT insistent sur le fait que la cervi-

cite coexiste presque toujours avec l'annexite créant ainsi un état pré-cancéreux.

MASSON pense que la ligature des vaisseaux utérins pendant la S.T. lèse l'apport de sang au col restant et prédispose au développement d'infection et à une dégénérescence glandulaire du col.

Quelles sont les interventions proposées pour obvier à tous les inconvénients déjà cités (?)

L'hytérectomie interannexielle. — Cette opération consiste essentiellement en la conservation de la totalité de la circulation et innervation ovarienne, respectant la part utérine de cet apport sanguin (BROCQ) et, respectant la Synergie Utéro-Ovarienne (MOCQUOT) car ménageant une portion aussi étendue que possible de l'endomètre utérin.

L'hystérectomie ainsi pratiquée pourra être subtotale, isthmique, sus-isthmique, fundique.

Quelles sont ses indications :

De l'avis de BROCQ elles seraient limitées — elles existent néanmoins ; que l'opération soit réalisable des deux côtés ou d'un seul — dans :

L'exerese des fibromes utérins. Si la myomectomie **est impossible.**

L'hystérectomie inter-annexielle sera possible quand la situation des noyaux fibromateux et leur complexité ne gênent pas l'abord latéral de l'utérus, elle sera également possible dans le cas où existent de nombreux noyaux agglomérés au niveau du fond de l'organe.

Les Gros utérus hyperplasiques avec petits fibromes, ce qui prime dans ce cas ce sont les troubles fonctionnels : douleur, ménorragie.

Les Gros utérus sans fibrome, douloureux ou donnant des ménorragies rebelles.

Méno-métrorragies dites « fonctionnelles » après échec complet des traitements médicaux et de l'hormo-thérapie.

Les Annexites, si l'une ou les deux trompes malades sont bien isolées et si l'utérus est sain, l'intervention se limitera à un salpingectomie uni ou bilatérale.

Si l'on se trouve en présence d'un gros utérus « d'endométrite » il est préférable de l'enlever au moins en partie.

LES RESULTATS.

Les suites opératoires immédiates ou secondaires ne comportent aucun accident (BROCQ, CHARLIER).

Les résultats éloignés. Seules les règles seront plus ou moins modifiées dans leur abondance et leur durée suivant l'importance de la portion d'endomètre respectée.

D'autre part on ne note pas de trouble d'insuffisance ovarienne (SORESI).

Quelles critiques peut-on formuler ? Opération trop longue.

Trop complexe, incapable de donner des résultats supérieurs à la simple conservation des annexes, les craintes de mauvaise hémostase, la durée plus longue de l'opération.

Toutes objections non valables en regard des résultats (BROCQ - SORESI - CHARLIER).

L'hystérectomie totale par la technique d'Aldrige.

Techniquement simple à réaliser, car restant à l'intérieur du ligament cardinal le chirurgien travaille à distance des organes dangereux donnant un maximum de garantie contre les lésions : du rectum de la vessie, des uretères.

Lèse au minimum la structure entourant le dôme vaginal et sa vascularisation.

Laisse un vagin bien suspendu, souple et normal quant à sa profondeur, car elle respecte les insertions des ligaments suspenseurs du col utérin et de l'isthme.

Son point essentiel consiste en effet après ligature des utérines en un clivage entre le col utérin et le ligament cardinal qui l'entoure, plan de clivage permettant d'aller jusqu'à l'insertion du vagin sur le col.

LES INDICATIONS.

D'après ROLLAND la technique d'ALDRIDGE permet d'effectuer une hystérectomie totale dans beaucoup de cas où par facilité on posait l'indication d'hystérectomie subtotale.

On peut inclure dans ses indications la plus grande partie des hystérectomies pour fibrome et salpingite.

On peut l'employer dans les néos du corps utérin.

Il faut éviter cette opération dans toutes les lésions en évolution subaiguës (salpingites avec ou sans participation pelvi-péritonéale).

Donc :

Cette intervention, sans présenter les inconvénients des hystérectomies totales et subtotales associe leurs avantages respectifs, permettant d'enlever le col utérin, elle supprime le risque du cancer sur le col restant présentant ainsi un intérêt prophylactique considérable (ROLLAND).

La greffe ovarienne. — Elle présente un réel intérêt puisqu'elle permet d'éviter les troubles dus à la castration — mais, pour que la glande ainsi greffée ait une longue survie, il faut rigoureusement observer les indications d'application déjà énoncées par S. VORONOFF — les fautes de technique opératoire contribuent à l'échec des greffes (greffons trop gros) les conditions défavorables rencontrées chez le sujet greffé (syphilis - diabète) doivent être au préalable traités.

L'évidement large à la « DE ROUVILLE » laissant un col analogue à une coque d'œuf vide.

DESMARETS préconise un évidement comparable. On l'exécute aux ciseaux courbes faisant sauter la moitié interne du col jusqu'au museau de Tanche, il faut lier l'utérine.

Mais cette destruction prophylactique ne donne pas de garantie absolue puisque DUCUING a rapporté trois cas de cancers du col restant où cette intervention avait été pratiquée.

HERTZ - ELBAZ, préconisent une hystérectomie totale intra-isthmique, enlevant le museau de tanche en totalité mais respectant l'anneau musculaire sur lequel s'insèrent les moyens de fixité du col.

En conclusion il semble que l'évidement du col d'une part et la conservation ovarienne ou la greffe d'autre part doivent permettre d'espérer que le col aura une nutrition suffisante.

III. — PROPHYLAXIE POST OPERATOIRE

La surveillance des opérées. — La femme chez qui on pratique une subtotale dûment avertie, doit accepter des contrôles annuels.

Le contrôle sera effectué à l'aide des différents tests déjà exposés qui, comme nous l'avions annoncé au cours de notre discussion pathogénique, prendront des aspects différents de ce qu'ils sont chez la femme normalement réglée et même ménopausée.

La pratique de la colposcopie avec test de SCHILLER nous montre un aspect moucheté, après deux ans le col prend une coloration chamois uniforme s'étendant à une colerette péricervicale. Or, l'injection de 2 mg. de benzoate d'oestradiol suffit à obtenir en deux jours un test normal, qui peut être reproduit tel pendant plusieurs semaines. Ce test reprend alors toute sa valeur diagnostic.

Les Frottis Vaginaux, nous avons déjà vu que les frottis vaginaux n'ont pas le même aspect s'il y a eu, ou s'il n'y a pas eu castration au cours de l'hystérectomie subtotale.

Dans le premier cas nous avons un arrêt de la prolifération et des modifications cycliques de l'épithélium vaginal dans l'hystérectomie inter-annexielle avec conservation des ovaires persistent les modifications cycliques de l'épithélium vaginal qui prendrait après un mois l'aspect gravidique (PUNDEL).

La plupart du temps nous aurons des frottis atrophiques (castration, ou ménopause après subtotale) là encore si les frottis deviennent suspects, l'administration d'oestrogènes les « éclairci » et (comme nous l'avons fait remarquer au sujet

des indications de la méthode des frottis) le passage au type IV ou V signera la néoplasie

Thérapeutique hormonale.

ROLLAND rapporte que les troubles de ménopause post-opératoire peuvent être soulagés par l'administration d'oestrogènes avant l'intervention, de plus la thérapeutique de substitution n'est généralement nécessaire que pour un court laps de temps après l'intervention.

Traitement des inflammations cervicales.

Le Professeur CHOSSON, en 1932, pensait que les lésions inflammatoires du col restant doivent être traitées avec le plus grand soin desquelles ont été constatées.

PALMER conseille la dihydro-streptomycine (1 gr. par jour en deux piqûres — intra-musculaires — cinq jours consécutifs) sans tenir compte de l'étiologie grâce à quoi il obtient 90 % de guérison complète.

DE WATTEVILLE conseille un médicament astringent (nitrate d'argent 5-10 %, négatol 40 %).

Il semble qu'à l'heure actuelle on cherche, par une thérapeutique hormonale et anti-infectieuse, à prévenir les lésions cancéreuses. Ces lésions étant déclarées, les méthodes modernes d'investigations, appliquées annuellement chez toutes les opérées doivent nous permettrent de déceler le néo au stade de curabilité.

En conclusion de ce chapitre consacré à la prophylaxie : qu'il nous soit permis d'insister sur le point de vu social de la question, il n'est pas le moindre.

Le dépistage systématique consiste à détecter le cancer chez des femmes que n'inquiète aucun symptôme anormal, il s'adresse surtout aux collectivités.

Son utilité n'est plus à prouver, aux Etats-Unis, où le dépistage est systématiquement appliqué, on a découvert un cancer cliniquement silencieux dans 3 à 20 cas sur 100, au cours de ces examens :

Toute femme porteuse d'une métrite purulente ou présentant une tache suspecte du col (au Test de SCHILLER) devrait s'adresser au spécialiste de son choix.

Quant au dépistage précoce il prévoit : d'abord l'éducation du public, incitant les femmes à se soumettre une fois l'an à des examens rapides et indolores en leur assurant une guérison définitive au stade où la lésion est dépistée.

Ensuite, l'éducation du praticien : prévoyant des cours de perfectionnement.

Enfin, la création de centres de diagnostic bien équipés dirigés par des spécialistes compétents (HUGUENIN).

Traitement curatif.

Les méthodes employées actuellement dans le traitement du cancer du col R. sont semblables (à quelques détails techniques près) à celles utilisées dans le traitement de tout l'épithélioma du Col.

LES METHODES

Comme il y a vingt ans on peut les diviser en deux classes :

A) Les méthodes physiothérapeutiques ;
B) Les méthodes chirurgicales ;
C) Les méthodes associées.

A) LES AGENTS PHYSIQUES.

La curie-thérapie vaginale. — L'application vaginale est actuellement la seule utilisée, d'ailleurs comme le précise M^de^ BAUD : à l'aide d'un colpostat, avec l'addition, assez souvent, d'un liège médian, et exceptionnellement des lièges médians indépendants.

Foyers. — Il faudra toujours faire de multiples foyers.

— En principe trois foyers.

— On place si possible un tube dans le restant de la cavité cervicale et un tube dans chacun des deux culs de sac.

Si le canal cervical est complètement atrésié on placera un tube devant lui.

Filtration. — Elle doit être bonne (primaire-secondaire) nous en reparlerons dans les accidents dus à la Radium thérapie.

Doses. — On doit employer des doses faibles et prolongées.

Ces doses varieront avec chaque cas particulier, prenant en considération l'index de malignité et la stroma-réaction.

En moyenne ces doses seront comprises entre 43 et 50 MCD.

Réparties en trois foyers : deux foyers latéraux de 10 mgr. et 1 foyer médian soit de 5 mgs soit de 10 mgr.

Durée. — La durée moyenne du traitement est de dix jours.

Les accidents. — DARGENT et BRET en 1950 ont longuement insisté sur les causes de ces accidents :

Le tube endocervical peut amener une fonte de la cicatrice, la proximité du péritoine, de la vessie ou rectum recommandent la plus grande prudence.

Comme le fait remarquer DARGENT, le grêle peut adhérer au fond du DOUGLAS ou même à la paroi.

Le rectum est au contact du moignon, la vessie est plus menacée que normalement.

Nous pouvons voir :

1° Des complications rectales et vésicales allant de la simple réaction irritative à la fistule.

2° **Des lésions ileales.** — CATHIE note deux morts par diarrhée grave avec dégâts diffus et irrémédiables de la muqueuse du grêle, soit une forme fistuleuse soit une forme cicatricielle avec sténose de la terminaison du grêle.

3° Des lésions de Sigmoidites avec un syndrome subocclusif.

4° La péritonite mortelle (DOR).

Tout accident infectieux doit entraîner l'arrêt passager et parfois définitif de la Radiumthérapie.

Surveillance du traitement et des résultats.

L'étude des frottis vaginaux est intéressante.

Si les frottis n'indiquent pas des « réactions cytologiques d'irradiation » dans les cellules cancéreuses pendant le traitement au radium la tumeur semple être peu radiosensible et l'augmentation de la dose est alors indiquée ou le traitement chirurgical.

Les frottis peuvent aussi permettre le dépistage d'une récidive avant l'apparition des signes cliniques mais il faut que la récidive soit en contact direct avec la cavité utérovaginale.

Roentgenthérapie. — La radiumthérapie ne pouvant stériliser les paramètres, la roengenthérapie peut être associée aux formes ayant dépassé le stade I à entreprendre 8 à 15 jours après la Radiumthérapie.

On utilise la Radiothérapie pénétrante 200 K.V. avec une distance focale de 60 centimètres et une filtration de 2 mm. de cuivre.

On se base sur l'état de la peau, l'obésité, la qualité des tissus.

Foyers et doses. — On utilise le plus souvent quatre secteurs, deux secteurs abdominaux inférieurs, deux secteurs fessiers — la dose reçue par chaque secteur est de 2.500 r., les séances journalières : 500 r. par séance, une séance par jour.

On peut joindre un secteur périnéal avec une dose de 1.500 r. seulement.

Accidents. — La Roentgenthérapie surtout par champs périnéaux peut créer sur le rectum ce que les physiciens appellent le point chaud (DARGENT).

De même on peut avoir un surdosage sur un point de l'anse Oméga ou même un point du grêle.

Or, comme le fait remarquer JULIUS REIS en augmentant le débit du rayonnement on diminue beaucoup la dose de tolérance des muqueuses intestinales et vésicales.

En résumé il faut par une bonne visée (méthode de l'aiguille et de l'arc) éviter les recoupements sur la ligne médiane ; au niveau de la ligne médiane, du col de sac postérieur, de la cloison recto-vaginale.

Dans la plupart des observations où l'on s'est servi de la curiethérapie on a ensuite employé le traitement radiothérapique de consolidation.

B) LES METHODES CHIRURGICALES.

Qu'il nous suffise de citer le curetage qui n'est plus indiqué que comme opération de nettoyage avant l'application de radium.

La colpo-cervicectomie. — C'est l'exerese du col, deux interventions sont possibles :

1° La colpo-servisectomie simple vaginale, abdominale ou vagino-abdominale.

C'est une opération rapide, incomplète, on peut toutefois la pratiquer en cas de lésions précancéreuses, dans un but prophylactique.

2° La colpocervicectomie élargie, vaginale, abdominale ou vagino-abdominale, ses indications sont les suivantes
— La lésion est locale, peu étendue ,le col est très mobile.
— Echec de la radio ou curiethérapie.

EN CONCLUSION.

La voie vaginale est pratiquement très difficile à réaliser, l'abaissement du col est pénible à cause des adhérences, l'opération est hémorragique, l'hémorragie est diffuse et les petits vaisseaux sont difficiles à pincer. Du fait de l'Atrésie vaginale, l'opération peut être impossible. Elle est aveugle, ne ménageant ni les urétères, ni la vessie, ni le rectum. Elle est souvent abandonnée du fait de ces difficultés, et ne permet pas d'explorer les gites ganglionnaires.

Dans certains cas (obèses, femmes en mauvais état général) elle peut rendre de grands services.

La voie abdominale, malgré le jour qu'elle donne, rencontre des difficultés à chaque temps de l'intervention. Ces difficultés proviennent toutes d'ailleurs de l'absence de corps. Le col est adhérent aux organes voisins, bouleversant les rapports normaux et l'opérateur devra se contenter de l'exérèse du col pourtant délicat.

DUCUING, en 1928, concluait que cette intervention était toujours incomplète, difficile et grave. POLLOSSON écrivait en 1950 :

« Toutes les modalités de cancérisation des moignons sont unies par l'interdiction absolue de toute traitement opé-

ratoire par voie vaginale ou abdominale. Le corps utérin repère manque. Il n'y a plus aucun guide. L'altération des plans déclivage et les adhérences rendent ces opérations très dangereuses ».

Les pelvectomies. — Ces évidements pelviens, bien supportés étant donné les moyens actuels de réanimation, comportent outre la colpohystérectomie totale, une cystectomie totale, et parfois une amputation recto-colique.

Cette intervention a été proposée par AMELINE.

Ces pelvectomies totales peuvent être antérieures· postérieures, primitives ou secondaires à un traitement par les agents physiques.

Nous pensons cependant qu'elle ne peuvent être appliquées à des néos du col restant diagnostiqués précocement et ne doivent en principe (peu d'observations de la Technique d'AMELINE ont été publiées à ce jour) être réservées qu'aux carcinoses pelviennes.

C LES METHODES ASSOCIEES.

Le traitement chirurgical peut en effet être associé à la radiumthérapie et à la radiothérapie :

Soit intervention chirurgicale sur des récidives ou sur des lésions persistantes (c'est le cas q'une de nos malades (Obs. n° 1) après radiumthérapie.

Soit radiumthérapie post-opératoire après ablation vaginale.

Soit associé à la chirurgie. C'est le traitement en 3 temps (MEVEL) :

Stérilisation de la tumeur par la radiothérapie profonde, extripation chirurgicale et nouvelle séance de radiumthérapie.

Les Indications Thérapeutiques.

Elles dépendent du diagnostic clinique, histologique, et surtout des complications.

1°) La question du diagnostic clinique est relativement simple puisque l'utérus a été enlevé et aussi la plupart du temps les ovaires.

Le diagnostic histologique, à savoir si l'on est en présence d'un épithélioma malpighien développé aux dépens de la muqueuse du col ou d'un épithélioma cylindrique ou glandulaire, c'est-à-dire développé aux dépens de la muqueuse utérine et des glandes.

2°) Le diagnostic des complications.

Il est capital. L'extension de la tumeur et les complications infectieuses doivent être appréciées à leur juste valeur.

L'EXTENSION LOCALE DE LA TUMEUR

Tout d'abord elle se fait aux paramètres et doit être appréciée au toucher rectal, au rectum et à la vessie.

Aussi insisterons-nous sur la nécessité absolue qu'il y a, avant d'entreprendre tout traitement quel qu'il soit, de faire une exploration cystoscopique (pour juger de l'atteinte néoplasique de la muqueuse vésicale) urographique, pour apprécier s'il y a ou s'il n'y a pas dilatation des uretères.

LA PROPAGATION GANGLIONNAIRE

Comme le fait remarquer PAOLI (*Le Sud Médical et Chirurgical*) - *Mai 1937 :*

La propagation ganglionnaire est possible dans le tiers des cas. Elle peut être suspectée si l'on est en présence d'un œdème d'un membre inférieur, d'une tumeur de la fosse iliaque ou de ganglions inguinaux indurés.

Dans les formes lymphophiles nous pouvons trouver une adénopathie sus claviculaire.

Les métastases à distance. — Elles sont rares mais sont une contre-indication absolue à tout traitement.

LES COMPLICATIONS INFECTIEUSES

Soit infections à distance ; l'appareil urinaire est souvent intéressé.

Soit infection secondaire de la tumeur par les microbes du vagin. La constatation d'une telle infection implique d'ailleurs un repos complet au lit avec désinfection locale et destruction diathermique des choux-fleurs.

En conclusion, avant d'instituer un traitement, il faut :

1°) Un examen clinique complet ;

2°) Un dépistage des lésions infectieuses ;

3°) Un examen biopsique qui nous fixera de façon absolue les choix de la thérapeutique.

CHOIX DU TRAITEMENT.

Lors d'une discussion à l'Académie de chirurgie, en 1942, au sujet « des causes d'échec dans le traitement des cancers du col » au stade 1 « les chefs des Centres anticancéreux ont remis en faveur la thérapeutique chirurgicale, au moins dans les formes peu évoluées et dans certains adeno-carcimones ».

En 1951, DARGENT, rappelant les dangers redoutables de la radionécrose, défend « la cervisectomie associée à une lymphadénectomie pelvienne en complément de la curiethérapie vaginale et de la radiothérapie abdominale ».

Ce dernier préfère d'ailleurs la Technique AMELINE, plus sûre et plus efficace que le WERTHEIM.

POLLOSSON pense que la chirurgie doit être réservée aux cancers précoces.

QUELLES SONT DONC LES INDICATIONS DE LA CHIRURGIE ?

Indications premières :

— Tout d'abord l'épithélioma cylindrique ou gandulaire du col. L'opération de choix.

— Le cancer du col, au stade 1.

Indications secondaires :

— Dans les récidives précoces, après traitement correct par radium.

— Dans les cas où le traitement physiothérapique n'a pu être effectué correctement, il ne faudra pas attendre l'extension.

— Dans les cas où l'histologie ne fixe pas d'une manière absolue sur la radiosensibilité de la tumeur.

— Il y a lieu dans ce cas de discuter l'opération avant ou après une curiethérapie.

INDICATION DES AGENTS PHYSIQUES

Curiethérapie vaginale dans les cancers du type I-II-III

Mais, pour les types II et III, la radiothérapie complémentaire transcutanée s'impose. Elle suit en général l'application de radium.

RADIOTHERAPIE.

Dans le cancer du col, type IV (propagation à la vessie, au rectum et aux organes voisins).

Dans le cancer du col type III, lorsque l'on est en présence d'une forme ulcéreuse dans laquelle le vagin est séparé du péritoine par une mince couche de tissu néoplasique, puis on fait suivre d'une application de radium vaginale.

Comme complément à la radiothérapie dans les cancers du type II et III.

Il se dégage de cette étude sur les indications thérapeutiques qu'elles tendent de plus en plus vers l'association chirurgie-radium.

Le maintien de la curiethérapie et de la réontgenthérapie à une place de choix, bien qu'elles soient limitées par de nombreux facteurs (atrophie vaginale dans la curiethérapie, « femme grasse » dans la radiothérapie).

Observ.	Stade	Moyens	Doses de Ra	Devenir
I	I	Curiethérapie Chirurgie	65 M.C.D.	Guérie depuis plus de 3 ans.
II	III	Curiethérapie Radiothérapie	57,6 M.C.D.	D.C.D. après 1 an d'évolution.
III	II	Curiethérapie Radiothérapie	28.8 M.C.D.	Perdue de vue.
IV	IV	Curiethérapie	14,4 M.C.D.	D.C.D. après 3 mois d'évolution.
V	II	Curiethérapie Radiothérapie	59,4 M.C.D.	Guérison apparente depuis 13 mois.
VI	II	Curiethérapie Radiothérapie en cours	45 M.C.D.	Bon E.G. et local.

LES RESULTATS

Nous considérons nos résultats, d'abord d'un point de vue évolutif.

Nos patientes sont en effet venues consulter à des stades différent et, comme le fait remarquer M^lle^ BAUD, le résultat est en grande partie fonction du stade évolutif.

Nous avons :

1 Stade I. — Observation n° 1 : Chez cette malade, la guérison est maintenue depuis plus de 3 ans

3 Stade II. — Observations III, V, VI.

Obs. III. — 1 malade a été perdue de vue lors qu'elle était apparamment guérie depuis 1 an.

Obs. V. — 1 malade en bon état général et apparemment guérie depuis bientôt 2 ans.

Obs. VI. — 1 malade. Le traitement curiethérapique terminé. Roentgenthérapie en cours. Amélioration.

1 Stade III. — 1 malade (obs. II) décédée un an après son admission.

1 Stade IV. — 1 malade (obs. IV) décédée 3 mois après son admission.

Quels sont les résultats d'après le mode de traitement :

Curiethérapie associée à la chirurgie :

1 Cas. — 1 guérison depuis plus de trois ans (obs. I).

Curiethérapie associée à la roentgenthérapie :

2 Décès (obs. II et IV).

1 Perdue de vue (obs. III).

1 Guérison apparente depuis 13 mois (obs. IV).

1 En cours de traitement (obs. VI).

Nous pouvons d'ailleurs résumer nos résultats dans le tableau suivant :

Nombre de cas	Guéris		Morts		Perdus de vue
	3 ans	+ 3 ans	3 ans	+ 3 ans	
6	2	1	2	1	1

Parmi les malades décédées, on avait :

2 cancers tardifs.

Nous avons :

1 guérison de plus de 3 ans,

1 résultat trop récent : 17 mois,

1 en cours de traitement,

1 perdue de vue.

Signalons que le résultat le plus durable a été obtenu chez une malade qui avait un épithélioma cylindrique et un épithélioma malpighin baso-cellulaire.

Le délai de 3 ans est-il suffisant pour assurer la guérison? Non, si l'on en croit REGAUD. Un bon examen clinique des patientes à la fin de la cinquième année ou au cours de la sixième, reste nécessaire.

En somme, les résultats sont étroitement liés à la forme anatomique des lésions et à l'extension de celles-ci.

Conclusions

Nous avons relevé 6 observations de cancers du col restant, à la Clinique Obstétricale et Gynécologique (service du Professeur CHOSSON), de 1943 à 1954 ; nos chiffres diffèrent peu des données classiques.

Au point de vue pathogénique, il semble qu'il faille s'orienter vers l'hormonologie.

La prophylaxie est :

— préopératoire : recherche soigneuse d'un néo au début,
— opératoire : intérêt de la conservation ovarienne,
— postopératoire : le problème social du dépistage du cancer.

Sur 6 malades, nous en avons retrouvé :

— deux décédées,
— une perdue de vue,
— une guérie depuis plus de 3 ans,
— une avec guérison apparente depuis 13 mois,
— une en cours de traitement.

Vu et permis d'imprimer

Le Doyen *Le Président*

Le Recteur de l'Académie d'Aix-Marseille

Bibliographie

Prière de consulter pour la bibliographie antérieure à 1932, « Le Cancer du Col Restant », J. DOR, 1932.

1° **LES OBSERVATIONS.**

BONNAL (G.). — Vingt et un cas de cancer du col restant (33-34-35), au Centre Anticancéreux de Marseille (Société de Chirurgie de Marseille, séance du 29 juin 1936. — « in Bulletins et Mémoires de la Société », tome 10, 6 juin 1936.

CAMARA (A.). — Cancer du col restant. — « Rev. Gynéc. Obst. », nov. 1951, 45, n° 5, 702 I fig.

CHEYNEL (J.). — Cancer du col restant après hystérectomie conservatrice pour fibrome. — « Mém. Acad. Chir. », an 1950, 76, n°s 14-15, pp. 462-463.

CHOSSON et CERATI (P.). — (Mars). Cancer du col restant à développement très tardif. — Société de Chirurgie de Marseille, séance du 5 décembre 1932. — « in Marseille Méd. », 5 févr. 1933.

CRAWFORD (J.) et (AL). — Le moignon cervical, une analyse de 123 cas, an 1949, 88, n° 4, pp. 465-472.

DEXTER, WITTE (H.) et DAVID WOVITT (Milwaukee). — Cancer du col restant. — « The Journal Of the International College of Surgeons », mars 1951.

HENDRICKS (Ch.), DEPOL (H.). — Gynec. And Obst. — « Ohio State Univ. Coll. of Med. Colombies ».

Supracervical hysterectomy and cardinoma of the cervix. — « Journ. Amer. Med. Ass. », 1951.

HYANS (M.-V.). (New-York). — Tumeurs bénignes du moignon du col après l'hystérectomie supra-vaginale. — « am. Jov. Obst. and Gyn. », vol. 37, n° 4, avril 1939.

IKEDA (Y.) et IKEDA (K.). (Fukuoka, Japon). — Un cas de cancer du moignon du col après hystérectomie supra-vaginale pour utérus fibromateux. — 2 septembre 1933, « Journal de Chirugie », 1934, p. 147.

LACHMANN (A.). — Cancer du moignon cervical. — « Acta Obst. Gyn. Scand. », 1950, 30, n° 2, pp. 169-185.

LAMARQUE (P.) et BETOULIERES (P.). — Le cancer du col restant (à propos de 9 cas nouveaux observés à la clinique Curie). — « Bull. Ass. Franç. et Cancér. », 1943, 31, n° 3, pp. 195-199.

LUX (J.), PECSI (A.). — Tud remanyegyetem Szüleszeti es Nogyo Gyaszati Klinikajanak Koz cemenye, Czonkarci.

NOMANICK (Kag), NOORVOS (Lap). — 1950. Analysé dans Exerpta medica gynoecologia », 1952, p. 801, « Carcinoma of the cervical Stump ».

MEY (R.). — Fübnigen uber das Carcinom im cervix Stumpt. — Strahlentherapue, 1949.

Analysé dans « Exc. M. Gyn. », 1932, p. 2.216.— Cardinoma of the cervical Stumpt.

MOIROUD (Marseille). — Cancer du col restant, intervalle libre de 7 ans. — Société de Chirurgie de Marseille, séance 12 avril 1937.

Analysé dans « Le Journal de Chirurgie », 1938, p. 311.

NIELSEN (M.). — Carcinoma of cervical Stump after supra-vaginal amputation. — « Acte Obst. et Gyn. Scandinave », 17, pp. 295-306, 1937.

OLIVELLI (F.). — Scuoladi Ostetricia di Vercelli. Quatro nuovi casi di néoplasia mali moris sul moncone cervicale. — « La Gynecologia », Turin, 1948.

Analysé dans « Exc. Med. Gyn », Four new case of malignant neoplasm of the cervical Stump, 1948, p. 1.762.

PEARSE (R.-L.), Boston. — Hysterectomie sus vaginale. Etude statistique sur 1.900 cas avec recherche spéciale du développement ultérieur d'un cancer sur le moignon du col.

SURGERY. — Gyn. And. Obst., vol. 58, 5 mai 1934.

Analysé dans « Journal de Chirurgie », 1935, p. 140.

PINO (Tagliaferro), Milan. — Cancer du col restant après hystérectomie subtotale. — « Annali di obstetrica e ginecologia » an 57, n° 10, p. 310, 1935. Analyse des « J. de Ch. », p. 1.030, 1934.

PONTHUS (P.) et ROCHER (P.). — Le cancer du col restant et de la cicatrice vaginale après hystérectomie. — « Bull. Ass. Franç. Etud. Cancer », 1944, 32, n° 1, pp. 26-32.

RECKMANN. — Développement d'un sarcome dans le moignon du col après amputation supra-vaginale de l'utérus pour myome. — « Arch. für gynakologie », t. 159, 4 sept. 1935.

Analysée dans « Journal Ch. », 1936, p. 139.

SEJOURNET. — Cancer du col restant après hystérectomie subtotale. — « Bull. et Mém. de la Société de Chir. de Paris », 20 déc. 1935, 27, pp. 599-611.

WITTE (D.-H.) and WITT (D.-W). — Milwankee Carcinoma of the cervical Stump. — « J. Int. Coll. Surg. », 1951

Analysé dans « Ex. Méd. Gynécol. », 1951, p. 1.201.

2° LES REVUES GENERALES.

a) **Thèse :**

COLLIN (R.). — Cancer du col restant après hystérectomie subtotale. — Thèse Nancy, 1940, n° 34.

GRADET (R.). — Cancer du col restant après hystérectomie subtotale. — Thèse Nancy, 1943, 44, n° 26.

LEVITTE. — Les cancers développés sur le col restant après hystérectomie subtotale. — Thèse Lyon, 1936, 37.

PETYT (R.). — Le cancer du col après hystérectomie subtotale. — Thèse Lille, 1938, 39, n°s 39-85, pp.

ROLLAND. — Procédé de sécurité d'hystérectomie totale abdominale suivant la technique d'Aldridge. — Thèse 1944, Marseille.

SIMON. — Traitement des cancers de l'utérus. — Thèse de Paris, 1936.

b) **Pathogénie :**

ARNOULD. — Réflexions sur le cancer du col restant. — « Soc. d'Obst. et de Gyn. de Marseille », 11 avril 1934.

BECLERE (C.) — A propos du cancer développé sur moignon de col après hystérectomie subtotale. — « Revue Française de Gynécologie d'obstétrique », p. 988, 1935.

BERGER (J.). — A propos de l'électro-coagulation du col utérin. Etude colposcopique de 110 cas soumis à l'électro-coagulation. — « Gynécologie et Obstérique », 1953, p. 214.

BLACK (M.-E.). — Cancer du moignon cervical. — « Surg. Gyn. Obst. », mars 1939, 68, 898, 902.

BONNAL (G.). — De la fréquence du cancer du col restant. — « Le Sud Médical et Chirurgical », 15 mai 1937, 2.191.

BONNAL (G.). — De la fréquence du cancer du col restant. — « 6e Cong. Franç. de Gynécol. et d'Obst. », décembre 1937, p. 868.

BRULERE (C.). — A propos du cancer développé sur moignon du col restant après hystérectomie. — « Bull. Soc. Obst. et Gyn. de Paris », 1935, p. 372.
CARTER (B. et Al.). — Adeno-cancer du col et du moignon du col restant. — « Am. J. Obs. Gyn. », janvier 1949, 57, n°1, 37, 51, 12 fig.
COSBIE (W.-G.). — Cancer du col après hystérectomie supra-vaginale. — « Am. J. Obst. Gyn. », juin 1946, 51, n° 6, 751, 757.
COTTE et NOTTER (A.). Lyon. — Sur la cancérisation du moignon cervical, après hystérectomie subtotale. — « Revue Française de Gyn. et d'Obst. », 1939, pp. 161-172.
DARGENT (M.). — A propos des tumeurs cervicales après hystérectomie subtotale. Epithélioma restant du col et épithélioma du col restant. — « Lyon Chirur. », oct. 1950, 45, 827, 836.
DONNELLY (G.-C.) et BAULD (W.-A.). — Hystérectomie totale et cancer du moignon cervical. — « J. Obst. Gyn. Brit. Emp. », déc. 1949, 56, n° 6, 871-875, 3 fig.
DOR (J.). — Cancer du col restant. — « Marseille Médical », 15-25, novembre 1932.
DOR (J.). — Cancer du col restant. — « Sté Chir. de Marseille », séance du 6 juillet 1936, « in » Bull. n° 7, juillet 1936.
DUCUING (J.), NEGRE (F.) et GOUZI (J.). — Des cancers du col restant au centre régional anticancéreux de Toulouse. — « La Science Méd. Pratique », 17e année, juin 1937, n° 6, p. 116.
FAURE (J.-L.). — Hystérectomie totale ou subtotale. — « La Presse Méd. », 14 janvier 1933, p. 65.
FERRARI (F.). — Le cancer du moignon cervical après hystérectomie subtotale. — 6e Cong. Franç. de Gynécologie, Toulouse, 15-18 mai 1937, « in Revue Franç. de Gyn. et d'Obst. », décembre 1937, p. 965.
FERRARI. — Le cancer du moignon cervical après hystérectomie subtotale. — « Algérie Chir. », juin 1937.
FRANK. — Cancer du moignon cervical. — « Surg. and Obst. Syst. », 1933, p. 334.
FULCONIS (H.-H.). Alger. — Cervicite et cancer du col. — 15e Congrès de la Fédération des Sociétés de Gynécologie et d'Obstétrique de langue française, 10 mai 1952
HEINS (H.) et PRATT-THOMAS (H.-R.). — Le cancer du moignon cervical. — « Int. Surg. Dig. », oct. 1951, 52, n° 4, 215, D. 17.
HENRIKSEN (E.). — Le moignon cervical restant. — « Am. J. Obst. Gyn. », mars 1939, 37, n° 3, 452-457.
HEROLD (K.). — Est-ce que la possibilité de l'apparition du cancer du moignon cervical justifie l'abandon d'une amputation sus-vaginale de l'utérus ? — « Zb. Gyn. », 14 janvier 1933, n° 2, 108.
KELLEY (A.-J. et BRAWNER (D.-L.). — Expérience acquise au Savannah Tumo-Clinic sur le cancer du moignon cervical. — « Am. J. Obst. Gyn. », oct. 1953, 66, n° 4, 711-717.
LABORDE (Simone), Mlle LEWI (P.) et Mlle VAN ZELLEN. — Cancer du col restant après hystérectomie subtotale. — « Rev. Franç. de Gyn. et Obst. », 1935, p. 991.
LEFEBVRE (Ch.) et GOUZI. — Le cancer du col restant. — « Rev. Franç. de Gyn. et d'Obst. », n° 4, avril 1937.
— Le cancer du col restant. — 5e Congrès français de Gyn., Toulouse, 15-18 mai 1937, « in La Presse Méd. », 37, 17 juillet 1937.
— Le cancer du col restant après hystérectomie. — « La Gynécologie », nov. 1937.

PHANEUF. — Cancer du moignon du col. — « Am. J. of Surgery », sept. 1935.
PINTO (A.). — Cancer du moignon cervical de l'utérus après hystérectomie subtotale. — « Semana Med. », 22 déc. 1949, 56, n° 2.919, 1.131, 1.134.
PUNDEL (J.-P.). — Les frottis vaginaux et cervicaux. — Bases biologiques et cliniques, 1950.
SEJOURNET (P.). — Cancer du col restant après hystérectomie subtotale. — Sté d'Obst. et deo Gyn. de Paris, séance du 1er avril 1935.
STARK-GEORG (Berlin). — Le cancer du moignon après hystérectomie supra-vaginale. — Zentralblat für Gynekologie », vol. 61, juin 1937.
ZUCKERMgANN (C.). — Cancer du col de l'utérus après hystérectomie subtotale. — « Act. Ginec. », 1954, 5, n° 2, 11, 122.

c) **Le traitement.**

BAUD (J.). — Les résultats de la radiothérapie (CURIE et ROENTGENTHERAPIE), de 124 cas d'épithéliomas du col restant, traités dans les services de la fondation Curie, de 1919 à 1944 inclus. — « Bulletin de l'Association Française pour l'Etude du Cancer », n° 1, 1952, pp. 100-104.
BROCQ (P.) et ALBERTI. — Hystérectomie interannexielle. Divers niveaux. — Gynécologie et Obstétrique.
COOKE (W.-R.). — Prophylaxie et traitement du cancer du col et du corps de l'utérus. — « Surg. Gyn. Obst. », 15 fév. 1940, 70, n° 2, A, 500.
DARGENT et BRET (P.). — Les séquelles iliaques et coliques de la radiothérapie pour le cancer du col utérin. — « Lyon Chirurgical », 1950, p. 63).
FUNCK (P.), BRENTANO, MORICARD (R.), PALMER (R.), DE BRUX (J.). — 15e Congrès de la Fédération des Sociétés de Gynécologie et d'Obstétrique de langue française, 5 mai 1952.
GRAHAM (J.-B.) et MAIGS (J.-V.). — Cancer résiduel du manchon vaginal après hystérectomie radicale avec dissection bilatérale des ganglions pelviens. — « Am. J. Obst. », août 1952, 64, n° 2, 402-405, 2 fig., 1 tabl.
KOCH (F.). — Fréquence accrue des carcinomes du moignon cervical für Gynackologie ». « Analyse des Revues Françaises de Gynécologie et d'Obstétrique », mai-juin 1951, p. 169.
PAOLI. — Indications thérapeutiques dans le cancer utérin — « Le Sud Médical et Chirurgical », mai 1937, p. 345.
REDMAN (T.-F.). — Le cancer du moignon cervical. Traitement et rapports entre la parité et l'incidence. — « Proc. Roy. Soc. Méd. », juin 1952, 45, n° 6, 331-334.
SUIRE (LAFFITTE (P.) et BARBUT (J.). — La colpo-hystérectomie élargie par voie combinée à deux équipes (technique d'Améline), pour le cancer du col restant. — « Lyon Chir. », oct. 1951, 46, n° 7, 882-884.
DE WATTEVILLE (H.). GEINSENDORF (W.), LE DANON. — 15e Congrès de la Fédération des Sociétés de Gynécologie et d'Obstétrique de langue française, 5 mai 1952.
YOUNG (H.-A.) et JONAS (A.-F.). — Chirurgie combinée à l'irradiation dans le traitement du cancer du moignon cervical. — « Surg. Gyn. Obst. », mars 1953, 96, n° 3, 288-294.

Serment d'Hippocrate

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers Condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate.

Je promets et je jure, au nom de l'Etre Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail ; je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires,

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes Confrères si j'y manque.

TABLE DES MATIÈRES

Introduction 21

Historique 23

Les Observations 25

Définition et données classiques 33

Le Problème Pathogénique 39

Le Problème Prophylactique 43

Traitement Curatif 57

Les Indications Thérapeutiques 61

Conclusions 65

Bibliographie 66